



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CONSENTIMENTO INFORMADO NA ASSISTÊNCIA PRIVADA E PÚBLICA
HOSPITALAR

O QUE ENTENDEM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DOENTES/FAMÍLIA
SOBRE A INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO
PRATICADO EM PORTUGAL

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor
em Bioética

Josefina Cerezo Granadeiro Vicente

Instituto de Bioética

Julho de 2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CONSENTIMENTO INFORMADO NA ASSISTÊNCIA PRIVADA E PÚBLICA
HOSPITALAR

O QUE ENTENDEM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DOENTES/FAMÍLIA
SOBRE A INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO
PRATICADO EM PORTUGAL

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor
em Bioética

Sob a orientação:

Professora Doutora Ana Sofia Carvalho

Professor Doutor Walter Osswald

Instituto de Bioética

Julho de 2014

AGRADECIMENTOS

Fui auxiliada neste trabalho por um conjunto de pessoas cuja lista seria passível de ser aqui apresentada.

Porém, estas mesmas pessoas não só me ajudaram, como me tocaram de forma tão significativa e profunda na minha vida que se tornaria impossível classificá-las ou descrevê-las; são pessoas que partilharam a sua sabedoria, que me contaram a sua verdade, sofreram os meus erros e as minhas fraquezas com uma infinita paciência, fizeram com que crescesse, com que de certa forma, me tornasse maior.

À Prof Ana Sofia que tornou possível a realização da tese.

E finalmente, àqueles que através da sua amizade e afeto me ajudaram a tornar este sonho em realidade.

A todos, muito obrigada.

Pensamento

Para realizar um sonho é preciso esquecê-lo, distrair dele a atenção. Por isso realizar é não realizar...

Fernando Pessoa

Sumário

Introdução.....	11
-----------------	----

Parte I Enquadramento teórico

Capítulo I Informação e Consentimento informado

1. - Origens do termo: “ consentimento informado”	13
1.1. Percurso histórico	16
2. A informação e o Consentimento informado	20
2.1. Elementos do Consentimento informado numa perspectiva bioética: defenição e elementos.....	34
2.2 Princípios éticos	41
2.3 Forma e a prova do Consentimento informado.....	46
2.4 O princípio e filosofia da autonomia.....	48
2.5 Recusa de tratamento.....	56
2.6 Factores favoráveis e constrangimentos ao processo do C.I.....	59
2.7 Estudos nacionais e internacionais sobre o Consentimento informado	67
3 A enfermagem e o consentimento informado.....	79
3.1 Trabalho em equipa.....	86
4 Enquadramento legal.....	90
4.1 O C.I na relação clínica em situação terapêutica.....	94
4.1.1 Directrizes do C.I nos doentes adultos incapazes e nas doenças mentais.....	97
4.1.2 Directrizes do C.I na criança.....	100

Parte II Investigação Qualitativa

Capítulo I - Conceptualização e Metodologia da Investigação

1 - Enquadramento da Investigação.....	105
1.1 – Fundamentação do Método.....	105
1.2 – Amostra	106
1.3 – Instrumento de colheita de dados.....	107

2 – Considerações Éticas.....	112
3– Procedimentos de Análise dos Dados.....	112
4 – Caracterização Geral da Amostra.....	115
4.1 – Hospital Público.....	115
4.2 – Hospital Privado.....	124

Capítulo II - Apresentação e Análise dos Dados

1 – Hospital Privado.....	139
1.1 - Unidade Temática: O CONSENTIMENTO INFORMADO DA PERSPECTIVA MÉDICA NA ASSISTÊNCIA PRIVADA	139
1.2 – Unidade temática: O CONSENTIMENTO INFORMADO DA PERSPECTIVA DE ENFERMAGEM (NA ASSISTÊNCIA PRIVADA).....	168
1.3 – Unidade temática: O CONSENTIMENTO INFORMADO NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA NA ASSISTÊNCIA PRIVADA.....	184
1.4 - Unidade Temática: O CI NA PERSPECTIVA DO DOENTE NA ASSISTÊNCIA DO PRIVADO.....	200
2 – Hospital Publico.....	218
2.1 - Unidade temática: CONSENTIMENTO INFORMADO NA PERPECTIVA MÉDICA (NA ASSISTÊNCIA PÚBLICA)	218
2.2 - Unidade Temática: O CONSENTIMENTO INFORMADO NA PERSPECTIVA DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA PÚBLICA.....	245
2.3 – Unidade Temática: O CONSENTIMENTO INFORMADO DA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA (NO HOSPITAL PÚBLICO).....	266
2.4 – Unidade temática: O CONSENTIMENTO INFORMADO NA PERSPECTIVA DO DOENTE (NO HOSPITAL PÚBLICO)	284

Capítulo III – Discussão dos resultados

1 – Hospital Privado.....	301
2 - HOSPITAL PÚBLICO.....	304
3 – Comparação entre o hospital privado e o hospital público.....	306
Capítulo IV – Comentários dos dados obtidos.....	326

Capítulo V - Recomendações.....	328
Resumo.....	331
Resumé.....	332
Referencias Bibliográficas.....	333
Anexos.....	350

Sumário de anexos

Anexo 1 – Guiões das entrevistas.....	351
Anexo 2 – Transcrição das entrevistas.....	356
Anexo 3 – Análise de conteúdo (CD)	

Chave de abreviaturas

CI – Consentimento Informado

HSM – Hospital de Santa Maria

HPL – Hospital Particular de Lisboa

Enf. – Enfermeiro

PC – Prática Clínica

Introdução

Quando iniciei a tese de um lado estava muito presente a experiência e vivência profissional e do outro a teoria e o estudo desenvolvido. Dando origem ao trabalho final, que surge após várias tentativas.

Analisei o Consentimento Informado e ao mesmo tempo a medicina, a enfermagem, a Bioética e o testamento vital. Estudei os profissionais de saúde, mas também os doentes e as famílias.

O tema da tese: “*Consentimento Informado na assistência hospitalar privada e pública*”, com o subtítulo: “*O que entendem os doentes, famílias e profissionais de saúde sobre o Consentimento Informado praticado em Portugal*”, surge como uma reflexão da prática hospitalar e do mestrado em Bioética, *Consentimento Informado – a verdade com sentido* - que realizei em 2004, na Faculdade de Medicina de Lisboa.

Na discussão da tese, o júri sugeriu a extensão da população aos doentes. Esta ideia seguiu-me e considerei importante alargar o estudo não apenas aos doentes mas também à família, aos enfermeiros e aos médicos. Contextualizei-a em dois âmbitos hospitalares diferentes: o público e o privado.

De facto, as questões éticas que se colocam na prática clínica com o Consentimento Informado constituem um conjunto de aspectos que justifica um estudo direccionado nesse sentido. Partindo do princípio de que este tema encerra várias questões éticas, interroguei-me sobre quais seriam as principais questões, quais os princípios éticos que sustentam o CI e a informação em Portugal.

Delineei como objectivo geral deste estudo: Conhecer o entendimento dos médicos, enfermeiros, doentes e família em relação ao Consentimento Informado, a partir dos relatos por eles efectuados.

Em relação aos objectivos específicos, estabeleci como meta:

- ↳ Fundamentar a importância do Consentimento Informado na decisão terapêutica partilhada pelo doente/família e esclarecidamente consentida, à luz da Bioética;
- ↳ Recolher e analisar toda a informação pertinente nos vários domínios da Bioética sobre o Consentimento Informado (como surgiu e evoluiu este conceito) que possa facultar uma visão multi-perspectivada do processo de tomada de decisão nos serviços de saúde;

- ↳ Reflectir sobre a participação dos doentes nas tomadas de decisão relativas aos cuidados de saúde;
- ↳ Reflectir sobre a participação dos enfermeiros na informação e no C.I.

Decorrente da revisão bibliográfica efectuada e da reflexão pessoal, defini como questão de investigação, a seguinte:

Qual o entendimento dos médicos, dos enfermeiros, dos doentes e da família em relação ao Consentimento Informado?

Este é um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa.

Após a autorização dos responsáveis das instituições seleccionadas (Hospital de Santa Maria e Hospital Particular de Lisboa), entrevistei um total de 120 pessoas: médicos, enfermeiros, famílias e doentes.

Obtive discursos riquíssimos que me permitiram analisar e discutir as questões éticas do CI e sem os quais não seria possível materializar esta dissertação. Trata-se de um estudo qualitativo de forma a obter uma maior abrangência das questões em apreço.

Parti para este trabalho sem conhecer outros realizados em Portugal que tenham utilizado a mesma metodologia. Conteí com a tese de mestrado nesta área, com o interesse para pesquisar e explorar esta matéria, com a experiência para descrever e analisar os fenómenos em estudo.

Considerando a grande complexidade e abrangência do tema, procurei trazer à luz e à discussão as questões que pareceram de maior relevância ética e de mais marcadas consequências práticas face ao CI realizado em Portugal. Este estudo traduz uma realidade baseada em dois hospitais público e privado.

Os interlocutores, em registo quase confessional e protegidos pelo anonimato, prestaram declarações jamais apresentadas em circunstâncias semelhantes. Fiquei com a sensação de que quer os médicos e os enfermeiros, quer as famílias e os doentes apreciaram esta oportunidade de expressarem as suas vivências e reflexões. Tanto os enfermeiros como os doentes me deixaram a impressão de algum receio de expressão pública das suas experiências, pelo que espero que este documento possa contribuir para o desenvolvimento e consolidação de uma cultura de respeito pelos princípios éticos no CI em Portugal.

O trabalho encontra-se composto por duas partes constando de cada uma vários capítulos. A fundamentação teórica apresentada na primeira parte permitiu situar marcos de referência no domínio teórico, no que refere a enfermagem, o hospital, o doente num contexto hospitalar, os vários tipos de informação em contextos de saúde, o enquadramento teórico que sustenta e apoia o Consentimento Informado.

O material bibliográfico sobre o CI com que deparei foi vastíssimo, não estando contudo uma boa parte direccionada para o CI num contexto português. Pelo caminho de procura, selecção e

análise de opiniões, fui conduzida à sistematização dos objectivos da investigação e que constituíram o tronco principal nesta exposição.

A segunda parte é reservada ao estudo empírico realizado. Divide-se em quatro capítulos, sendo o primeiro referente à conceptualização e metodologia do estudo, o segundo à apresentação e análise dos resultados, o terceiro à discussão dos resultados - onde identifiquei os aspectos de maior relevância ética e de mais marcadas consequências práticas face ao CI em Portugal. Por último, o quarto capítulo inclui as recomendações.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I Informação e consentimento informado

1. Origens do termo: “ consentimento informado”

A palavra *consentimento* provém do latim *consentire* que significa “*sentir ou sentir em conjunto*”, actualmente poderá significar “*eu livremente concordo com as suas propostas*”. Assim, o consentimento pode ser entendido como a resposta a uma proposta que se recebe de alguém, na qual se expressa a capacidade de ser autónomo e a liberdade de decidir sobre os próprios actos e sobre aspetos relacionados com a identidade, consequentemente reforçando a dignidade do ser humano. O consentimento informado (daqui para a frente será abreviado como C.I) é um conceito que tem por base uma velha tradição médica (Post, 2004) e uma manifestação de respeito pelo doente enquanto ser humano (ERS, 2009), traduzido no direito de poder recusar ou aceitar todo e qualquer tratamento. Mais recentemente este conceito é recontextualizado com a introdução, recente no nosso país, nas diretivas antecipadas de vontade. Isto significa que as raízes do C.I se encontram alicerçadas na capacidade que as pessoas têm de se autogovernar, de escolher, de avaliar as suas possibilidades, direitos e deveres sem restrições internas e externas (Motta de Moraes, 2010). É uma decisão voluntária “ (*...*) e não coerciva, dada por uma pessoa, suficientemente competente ou autónoma, com base em informação adequada e com liberdade de escolha para aceitar ou rejeitar as propostas que lhe são realizadas”. (Brennam, 1997)

A doutrina de C.I é ancorada em vários postulados formuladas de forma negativa; partindo do pressuposto da ignorância dos pacientes em medicina e de forma positiva através do direito de controlar e decidir sobre o seu próprio corpo. (Jeff e Moore, 2008).

Analisando atentamente o percurso histórico da doutrina do Consentimento Informado podemos inferir que não é um conceito tão simples como pode parecer à primeira vista, pois levanta

várias questões, tais como:

1. a escolha de quem decide, no caso dos doentes sem capacidade de consentir,
2. a competência e autonomia do doente, para que a sua opinião possa ser considerada válida,
3. assim como a garantia de que a informação dada à pessoa é a mais relevante e isenta para que o mesmo possa analisar e decidir de forma adequada. Também a escolha da pessoa significativa no caso de a pessoa estar incapaz de decidir é pertinente.

Hoje a informação é uma realidade inegável e onnipresente, revestindo-se de enorme pertinência numa sociedade cada vez mais desperta para a sua importância. É através desta que o indivíduo processa as suas tomadas de decisão e a sua adaptação à realidade envolvente de forma consciente, livre e por isso responsável. Os serviços de saúde não constituem exceção e, nesta área, a necessidade de estar informado assume particular importância, uma vez que as escolhas que condicionam a vida futura do indivíduo se revelam, por vezes, de elevada complexidade. Contudo, informar não é apenas fornecer informação, mas sim fazê-lo numa linguagem adequada a cada doente, no momento certo, de forma correta e assegurando sempre que esta foi bem apreendida, de modo a que o doente possa exercer o seu direito à autonomia. Para Simon (2000) “...a *«teoria do consentimento informado»* é o direito a realizar *«decisões informadas»* e estas podem ser de aceitação ou de recusa aos procedimentos (...) propostos”.

Apesar da importância da informação, do formulário de CI e do direito do doente a estar informado, o processo de transmissão de informação não decorre de forma linear. Consentir é um conceito cada vez mais comum: “...na *trivialidade do comportamento humano*, o *Consentimento Informado* decorre do conceito fundamental dos direitos humanos, especialmente no direito da autodeterminação e da inviolabilidade baseada na integridade corporal.” (Costa, 1995), remetendo-nos para o campo dos Direitos do Homem. Cada um de nós é, antes de tudo, um ser humano que merece ser tratado com a dignidade inerente a essa condição e que possui direitos que devem ser respeitados por aqueles com quem interage. Entre

estes direitos está o de decidir como quer viver a sua vida, o que obviamente implica decidir sobre o que quer que lhe seja feito quando está temporariamente privado da sua saúde e tem que recorrer ao auxílio de profissionais de saúde. “ *O consentimento informado, em sua tradicional expressão anglo-americana, ou consentimento esclarecido, numa proposta de reformulação da expressão original com um enfoque mais europeu, ou simplesmente o consentimento, mantendo os diferentes atores à margem da polémica quanto ao seu alcance, designa a anuência explícita de um indivíduo a uma proposta de ação biomédica relativa ao seu estado de saúde, adquirindo diferentes especificações conforme se reporta ao âmbito da investigação médica ou da prática clínica.*” (Motta de Moraes, 2010)

A consagração do princípio de autonomia dos doentes, bem como do direito à informação, veio alterar a realidade formal dos serviços de saúde. Esta nova realidade conduz muitas vezes o doente a um papel cada vez mais interventivo e participativo, o doente passa a exigir ou, a ser-lhe exigido, o conhecimento pormenorizado relativamente a um diagnóstico, da fisiopatologia, das opções de tratamento e do prognóstico, requerendo informações que anteriormente estavam unicamente ao alcance do médico. O CI é assim “*um corolário do primeiro princípio da Bioética: a autonomia de todo e qualquer ser humano, baseada na dignidade da pessoa e no direito que ela tem à sua autorrealização individual*”. (Archer cit. in Serrão, 2001). Porém, na maioria das vezes o C.I é associado à componente jurídica, da qual faz parte integrante. O CI surge como validação da escolha do doente, garantindo que esta foi efetuada de forma esclarecida, é deste modo, eticamente ilegítimo considerar o CI um mero documento assinado pelo doente ou pelas pessoas legalmente responsáveis sem que tenham sido respeitados os requisitos anteriormente mencionados. Além de que é importante sublinhar que a sua base deve assentar na aliança terapêutica, relação que existe entre o médico e o doente, através do diálogo, onde se colocam dúvidas e se estabelecem metas. Poderá não existir nenhum documento assinado, porém o processo de CI já se iniciou desde o primeiro contacto com o doente. Os profissionais de saúde passam a partilhar a informação e discutir alternativas com os doentes, os quais devem tomar uma decisão final quanto ao seu tratamento, deixando de ser mero objeto de

decisão clínica. Cada um tem o direito de adaptar a decisão médica que lhe é proposta ao seu próprio conceito de bem-estar. É indispensável que as pessoas saibam que podem e devem discutir as alternativas e estabelecer um diálogo interativo com o médico. Este poder de decisão está explícito na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes e nas recomendações da Organização Mundial de Saúde na declaração para a promoção dos direitos dos doentes na Europa.

1.1 Percurso histórico

A história do consentimento informado é feita de vários acontecimentos que deixaram importantes marcas. Um dos primeiros documentos referido como tendo estabelecido as linhas de orientação ética e deontológicas para a prática médica é o “Juramento de Hipócrates” (Almeida, 2007). Foi no juramento Hipocrático, segundo a *Encyclopedia of Bioethics* (2004), que aparece pela primeira vez a obrigação dos cirurgiões informarem os doentes dos benefícios e protege-los dos malefícios.

No século XVIII com o movimento filosófico do iluminismo Rush, Percival e Gregory, defendeu-se um papel menos autoritário para o médico, em que este profissional devia partilhar as informações com o doente. Encontram-se também referência a ideias de consentimento no século XIX, em textos de William Beaumont (considerado o primeiro fisiologista norte-americano) e Claude Bernard (fisiologista francês).

No entanto, a doutrina do Consentimento Informado livre e esclarecido é relativamente mais recente no âmbito das ciências da saúde. O primeiro caso de C.I com destaque na história e que fez a jurisprudência é o de SCHLOENDORFF VS SOCIETY no New York Hospital (1914), no qual o juiz Benjamin Cardozo faz a notável afirmação, considerada clássica pelos especialistas: *"Todo o ser humano em idade adulta e com capacidade mental normal tem o direito de determinar o que será feito no seu próprio corpo"*. O raciocínio usado neste caso e noutros semelhantes que tiveram lugar na mesma época antecipou e preparou a teoria do Consentimento Informado. Este caso sublinhava a importância do direito do paciente na proteção da sua

pessoa, com base no direito à autonomia, podendo escolher o tipo de tratamento entre os que lhe sejam oferecido; podendo ser considerada a interferência neste direito como uma invasão corporal ou agressão não autorizada.

No entanto o conceito de C.I, baseado no princípio da autonomia, com aplicação na relação entre investigador e sujeito de investigação só começa a ser uma realidade mais presente no pós – guerra.

Os casos médicos apresentados nos tribunais dos Estados Unidos como Salgo (1957), Natanson (1960) e Canterbury (1972) alertaram os médicos para a necessidade do processo de CI e para os possíveis riscos do erro médico. Diversos estudos foram realizados no mesmo país na década de 60 para examinar a incidência do uso do CI em questões médicas com implicações éticas e legais.

Na Alemanha a noção de “*consentimento informado*” surgiu pela primeira vez em 1931 através da legislação que regulava a experimentação humana, no entanto, somente em 1948, durante os julgamentos de Nuremberga, é que esta doutrina começa a ser publicamente discutida. Em 1947, foi criado o Código de Nuremberga, ao qual se seguiu a proclamação da Declaração Universal dos Direitos do Homem. No Código de Nuremberga faz-se pela primeira vez referência ao consentimento voluntário: direito de escolha sem qualquer intervenção de elementos de força, fraude, mentira, coação, astúcia ou outra forma de restrição posterior, obrigando a transmitir às pessoas os elementos que lhe permitam ter conhecimento suficiente sobre o assunto para tomarem uma decisão. Há aqui a preocupação de criar um mecanismo que permita ao indivíduo decidir, depois de devidamente esclarecido; atitude de respeito pelo direito de cada pessoa a poder escolher o que fazer de si própria, a poder determinar o caminho a seguir, de ser informada corretamente para poder orientar o seu percurso na direção pretendida.

Os fundamentos da teoria do Consentimento Informado estão presentes, de modo implícito, na Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), que consagra cada indivíduo como um ser livre e com direitos inerentes à sua condição humana. Nela pode ler-se: “*Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Estão dotados de razão e consciência*

e devem agir uns para com os outros com espírito de fraternidade" (Art.1º); "Todos têm direito à vida, liberdade e segurança pessoal" (Art 3º). E mais à frente, no artigo 5º: "Ninguém será submetido a tortura, nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes".

Como anteriormente referido, o Consentimento Informado inicialmente estava maioritariamente focado na experimentação, no entanto, na 18ª Assembleia da Associação Médica Mundial (1964), é adotada uma nova declaração na qual se faz referência ao consentimento informado numa vertente mais altruísta. Assim, a Declaração de Helsínquia no ponto 9 do seu capítulo I, afirma: “ *Em qualquer investigação com seres humanos, cada participante deve ser adequadamente informado sobre as finalidades, os métodos, os benefícios esperados, os possíveis riscos e sobre o desconforto que a investigação possa trazer (...) O médico deve obter então o consentimento informado, dado de forma livre e preferentemente por escrito*”.

A Declaração de Helsínquia também usa o termo *consentimento informado*, podendo, referências ao mesmo termo ser encontradas no Belmont Report (1978), nos códigos deontológicos e nos códigos de ética médica de diferentes países. Nesta declaração “ (...) surge igualmente a noção da imprescindibilidade do respeito pela autonomia e pela dignidade humana” (Nogueira, Loureiro e Silva, 2010). Deste modo, e em forma de síntese, com o *Código de Nuremberg* ficou determinada a obrigatoriedade de se obter o consentimento informado do paciente, e a *Declaração de Helsínquia* reforça esta exigência, ao obrigar que consentimento fosse obtido de forma escrita. (Motta de Moraes, 2010).

No decurso dos anos setenta aparece um novo conceito na relação médico/doente, onde é respeitada a autonomia do doente, enquanto sujeito portador de direitos. O modelo de autonomia dá origem a uma nova relação médico/paciente, na qual a decisão terapêutica é partilhada com este. Isto traz aos profissionais de saúde novas responsabilidades, ou seja, passam a partilhar a informação e discutir alternativas com os pacientes. É através do respeito pela autonomia e pela dignidade do paciente que se sedimenta a questão do Consentimento Informado

A declaração sobre os direitos do doente, bem como a declaração de Lisboa, consignam em matéria de consentimento informado: “ ... *alguns dos principais direitos que a profissão médica procura assegurar aos doentes: sempre que a legislação ou a acção governamental recuse estes direitos ao doente, os médicos deverão procurar por meios apropriados que eles sejam assegurados ou restaurados (...). O doente tem direito de aceitar ou recusar tratamento após ter recebido informação adequada*”. O respeito pela dignidade humana significa a promoção da sua capacidade de pensar, decidir e agir. Este facto foi lembrado pela recomendação proposta pelo Grupo de Trabalho da Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1985 e, tendo sido revisto em 1990, afirmando a necessidade da livre vontade do paciente para qualquer intervenção médica. Também a Convenção dos Direitos Humanos e da Biomedicina do Conselho da Europa sublinha: “...*uma intervenção no campo da saúde só deverá ser efetuada após a pessoa o permitir, dando para tal o seu consentimento livre e informado*”.

A 18 de Junho de 1996, em Ljubljana, foi formalmente aprovada a carta dos direitos das pessoas doentes que nos seus pontos 2 e 3 relativos respectivamente, à informação e ao consentimento, é bastante clara quanto ao poder de decisão do doente face a todo o processo que envolve a sua saúde, em função de todo e qualquer acto médico que possa vir a ser praticado.

Do ponto de vista da legislação nacional, em 1968, é publicado o Decreto - Lei n.º 48357 referente ao Estatuto Hospitalar, onde é contemplado (ponto 3 do artigo 80º) o respeito pela vontade do doente e o consentimento informado. Ainda em Portugal, o Decreto - Lei n.º 97/95 de 10 de Maio, regulamenta a implementação e actividades das Comissões de Ética para a Saúde. Este diploma confirma o que, pelo menos desde 1985, o Capítulo IV do Código Deontológico da Ordem dos Médicos preconiza em matéria de experimentação humana (art.º 59 a art.º 66).

Serrão (2003), referindo-se às mudanças culturais e científicas dos últimos anos, diz que “ [se] *alterou profundamente a natureza da relação do médico com as pessoas doentes. (...) É a*

progressiva difusão do conceito de que a pessoa doente tem direitos face aos médicos e outros profissionais de saúde (...)”.

2 - A informação e o Consentimento informado

Daniel Serrão (1999) apresenta a seguinte definição de consentimento informado: “*O consentimento – que melhor seria designar por assentimento ou concordância – traduz o respeito pela autonomia da pessoa doente no diálogo com o médico*”. Este diálogo convoca a relação e a informação.

O termo informação provém do latim e traduz a ideia de dar forma a alguma coisa, apresentar, ensinar ou instruir, o que explica que no discurso quotidiano se aproxime do conhecimento. Conhecer é reconfigurar a forma através da integração no esquema cognitivo do indivíduo de “*algo*” captado do exterior, com base nos sentidos. A “*algo*” que se interpõe entre o Homem e a realidade chama-se *informação*. A dimensão da informação enquanto meio que contribui decisivamente para os processos de adaptação e de tomada de decisão, processos esses presentes nas situações de doença e internamento hospitalar (Martins et al, 2002). A informação é assim, fundamental na procura de uma resposta correcta e adequada à situação. Parente (2002) apresenta-nos as características fundamentais da informação: pode ser sinónimo de dado, facto ou mensagem; está na génese do conhecimento; altera (reforça ou transforma) o que é conhecido; é indispensável quando confrontada com uma opção; ajuda na decisão, dependendo a quantidade e qualidade da complexidade da decisão.

O doente tem direito à informação: “*...é um direito de qualquer ser humano, particularmente quando está doente. Funda-se na importância do conhecimento da verdade, como condição indispensável à co-participação de cada um nas decisões que*

lhe respeita.” (Almeida, 2007). No entanto, a maioria dos doentes quer conhecer o seu diagnóstico, porém, sabe-se como a revelação deste pode provocar variadíssimas reações, podem ir da ansiedade à depressão. Torna-se, assim, fundamental atenuar estes efeitos, tentando humanizar a situação vivida, individualizando cada caso e, revelando a verdade que o doente pode e deve conhecer. Esta figura, denominado privilégio terapêutico, assume um papel importante na determinação sobre como e quando o médico deve transmitir a verdade ao seu doente.

Jaspers (1986) defende: “...*Direito à verdade – só o tem o doente que for capaz de suportar a verdade e de com ela racionalmente lidar*”. O doente tem o direito mais fundamental e que faz parte da sua autonomia, que é o direito à verdade que ele pode suportar.

Desde o início da Medicina que se encobria a verdade ao doente, baseando-se este facto, na crença de que a transmissão da verdade, isto é, de “*más notícias*”, dava origem a grande ansiedade. Ao longo da história da Medicina, a revelação da verdade ao doente, sobretudo em situações de doença grave, constituía-se como um problema ético, reflectido no conflito entre o direito do doente à informação e o dever do médico de manter a esperança deste. Apesar de todo o progresso biomédico, a problemática da transmissão da informação é, e sempre será uma questão que persiste, devido ao facto de esta ser frequentemente de conteúdo delicado e passível de alterar o percurso da vida do indivíduo.

A verdade tem de ser transmitida, mas o médico deverá encontrar o momento apropriado para essa verdade ser aceite, e as palavras adequadas para quem escutar. Esta verdade deve ser adequada ao doente e às suas circunstâncias.

Constituem a base do CI uma relação médico/doente constituída em verdade associada a uma informação competente. Na relação médico/doente ou enfermeiro/doente, a

ausência da verdade e de informação adequada demonstram falta de respeito e violação dos direitos dos doentes.

Partilho da opinião de Osswald (2008) sobre a ideia de que comunicar a verdade é um dever do médico, alicerçado sobre um direito do doente: *“A verdade disponível que não é “toda” a verdade; a verdade desejada ou exigida pelo doente; a verdade que ele possa suportar. Difícil tarefa esta, que exige respeito e compaixão, que tem carácter gradual e só se entende no delicado e complexo processo da relação médico/doente, sem dúvida; mas tarefa importante e nobre, que distingue e eleva a profissão cuja suprema lei é, desde o tempo hipocrático, respeitar, alcançar e promover o bem do doente.”* Há autores como Rubiales que utilizam os termos «verdade suportável» ou «verdade tolerável» para balizar a informação transmitir.

A aceitação da doença é algo de difícil e complexo para a maioria dos doentes e suas famílias. Também para a equipa de saúde a sua impotência perante a doença e a morte é difícil de reconhecer. São muitos os sentimentos que são exteriorizados pelos doentes durante o internamento, desde o medo ao pânico, a um leque variadíssimo de reações à dor e ao sofrimento que podem surgir: *“(...) os civilizados não sabem o que é o pânico: talvez toda a civilização permitiu a substituição do pânico pela angústia.”* (Savater, 2007).

Patrão Neves e Walter Osswald (2002) afirmam que: *“[O doente] mantém a sua tradicional passividade a qual, todavia, já não é apenas expressão de confiança, mas de temor pelo distante, da ansiedade pelo desconhecido e ainda da solidão pelo abandono e do sofrimento pelo anonimato.”*

A passividade acentua-se pelo poder acrescido do técnicos de saúde e pela forçada imobilidade do doente que se sente resignado pela sua fragilidade: *“Diante da dor e do*

sofrimento, todos somos pequeninos e, por mais coragem que pareçamos ter, ficamos assustados. Reagimos ora em choque (...) ora de forma confusa ou até patético.” (Patrão Neves e Susana Pacheco, 2004). Diante das reações emocionais à dor, talvez todo o Consentimento Informado represente um «salto no escuro». Na verdade, mais do que quaisquer informações, diante da dor só escutamos as reações de pânico das nossas emoções.

A dor é sempre uma experiência de sofrimento, íntima portanto, não se exhibe, nem se expõe a estranhos. A dor confia-se a alguém, especialmente, numa experiência de reciprocidade a dois, e requer a generosidade de quem confia e a autenticidade de quem a acolhe. A dor e o sofrimento não se resolvem de forma megalómana ou marginal mas antes, com a humanidade compreensiva do profissional de saúde. O efeito de analgesia dos gestos compreendidos nunca se atinge com recurso à divulgação de estatísticas ou com estudos, antes com a competência do profissional de saúde, a partir do momento em que ele seja capaz de se imaginar no lugar do outro.

Progressivamente, o doente foi ganhando autonomia e, com maior ou menor facilidade, os profissionais têm vindo a integrar o doente nos processos de decisão. *“...Os enfermeiros têm vindo a defender que os utentes são parceiros dos cuidados. Parceiro é um par, um semelhante, ao mesmo nível na tomada e decisão. Ou seja, o respeito pela autonomia do utente elimina uma relação autoritária” (Patrão Neves e Susana Pacheco, 2004).*

Muitas vezes, quando se informa o doente, este tem dificuldade em atuar e sente o pedido de atuação como uma ameaça. É um problema de literacias, de capacidade de atuar em função da informação que se recebe. Na sua grande maioria, é notório o desinteresse dos doentes em participar ou até saber o diagnóstico da sua doença, o que

se irá refletir posteriormente na sua vida. *“A verdadeira liberdade, aquela liberdade que pode até criticar-nos ou pôr em causa o que fazemos, só pode ser alcançada por cidadãos com escolaridade suficiente para exercer críticas que reflitam não só os seus problemas pessoais presentes mas também os problemas coletivos que se advinham.”*

Fragata (2004), considera que é necessário inverter a relação médica ideal porque: *“... o homem, como doente, não é assim tão frequentemente racional, mas irracional e anti-racional”*. Em relação às consequências psicológicas da informação, afirma Dias Pereira (27), que *“... alguns estudos demonstram que após uma primeira fase de adaptação à realidade, os pacientes valoram como globalmente positivo o facto de terem sido informados de diagnóstico de cancro”*. De facto, o conhecer toda a verdade, pode significar uma maior capacidade do paciente de enfrentar a doença e aceitar o tratamento, melhor planificação para o futuro e melhor comunicação com os profissionais de saúde e com a família. Importa salientar que há numerosos casos de doentes que, sem nunca confessarem o que sabem, entregam apenas aos seus familiares o conhecimento da sua condição, não perguntando ao médico e não procurando esclarecer a situação. Paula Sapeta (1999) denomina esta situação de *“conspiração em silêncio”*.

Actualmente, a informação está omnipresente e é imprescindível na vida em sociedade. Aliada à liberdade de opinião, a informação apresenta-se como um direito, mas é também a base constitutiva do modelo de sociedade democrática, uma vez que condiciona a representação que o indivíduo tem de si e do mundo que o rodeia.

Historicamente, a relação médico/doente tem sido dominada pela perspectiva tradicional, que assenta no paternalismo, este modelo na sua versão mais dura,

considera o doente passivo e dependente, incapaz de decidir sobre o que é melhor para ele, sendo o médico o detentor de todo o conhecimento, cabendo-lhe a tomada de decisão, bem como o controlo do doente através da sua autonomia e domínio profissional. Dias (2004) sustenta: *“Paternalista, na medida em que permitia que o médico agisse a partir de um entendimento considerado justo e correcto e (...) do bem do doente.”*. Deste modo, a relação médico/doente era baseada na desigualdade. Retirando ao doente qualquer decisão, o médico agia em conformidade com o princípio da beneficência, considerando sempre o que pensava ser melhor para o doente. No entanto, existe quem defenda que (Dias, 2004) ocultar a verdade ao doente, constituía também, uma forma de defesa da classe médica, pois ao ser mantido na ignorância, o doente não possuía dados suficientes para avaliar a sua situação.

No século XVII começam a surgir as primeiras críticas à concepção paternalista da relação médico/doente, sendo reivindicado pela primeira vez o direito do ser humano a receber informação e a decidir sobre o seu corpo, a sua saúde e a sua vida. Percival, citado por Martins et al (2002), defendeu no século XIX que o médico deveria dizer a verdade ao doente, excepto em situação de doença grave ou incurável. Nestes casos, o médico deveria optar por comunicar aos familiares e amigos dos doentes a informação sobre o seu estado de saúde, transferindo para estes a função de lhes revelar a informação. Pereira (2004) afirma: *“...a informação era concebida não como um direito do doente, mas como um privilégio do médico (...) esse mesmo privilégio médico substitui ou anula o direito do doente à informação”*. Os critérios de Percival foram adoptados pela maioria dos médicos seus contemporâneos e marcaram profundamente a ética médica. Já no século XX, na década de 50, verifica-se a defesa do envolvimento activo do doente na tomada de decisão, dando-se assim os primeiros passos no sentido

de uma relação médico/doente bidirecional e de responsabilidade partilhada. Pela primeira vez, surgiu o esboço de um modelo centrado no doente e baseado na sua autonomia, devendo promover o interesse daquele, a partir da definição do próprio, deixando o médico de assumir o papel central.

Um dos conflitos com que os profissionais de saúde frequentemente se confrontam decorre do pedido expresso dos familiares de um doente internado para que aquele oculte uma dada informação ou até mesmo para que minta ao doente. Muitas vezes, a família aparece como um obstáculo à informação para o doente. *“Em contrapartida, ao ocultar a verdade, os familiares estão, nalguns casos, a infantilizar o doente, a reduzi-lo a um nível inferior mantendo-o enganado, num clima artificial e falso, em que todos os demais sabem o que acontece, menos ele, o único protagonista e autor da sua história”*. (Vega e Baza, 1991) .

Pereira (2004) sublinha que *“... quando ao doente não se revela uma situação real, as imprudentes insinuações e os inocentes sinais das outras pessoas que rodeiam o doente (...) revelam geralmente ao doente a verdade sobre a sua doença e produzem, assim, uma reação muito pior que se, desde o princípio, se tivesse adoptado uma atitude sincera e comunicativa”*.

A linguagem médica tem de ser acessível e compreendida pelo doente. O acesso à ciência deve fazer-se no pressuposto de que a explicação deve ser técnica e que, não obstante, possa ser compreensível e apreensível.

Brody (2006), aplica a expressão *«razoavelmente informado»*, que implica dois aspetos: primeiro que o médico explica os motivos básicos pelos quais eleger o tratamento proposto, ou os tratamentos alternativos possíveis e, segundo a possibilidade do

paciente formular as perguntas que possibilitem o entendimento que foi exposto pelo médico sendo-lhe essas perguntas respondidas até que este esteja devidamente esclarecido.

O indivíduo torna-se visivelmente dependente da informação nos diferentes domínios da actividade bem como no exercício da sua cidadania, exigindo mais esclarecimento, de forma a estar melhor preparado e mais adaptado à realidade. Assim, o direito da pessoa a ser informada é hoje indiscutível, estando consagrado legalmente.

É necessário dar “*doses*” de informação pequenas ao doente para que este a apreenda e possa colaborar e participar no processo de tratamento. Não devemos esquecer que: “*apesar das suas extraordinárias qualidades, o cérebro não tem capacidade de receber doses demasiado grandes de informação*” (Carvalho, 1999). Os profissionais de saúde, frequentemente, deixam-se levar pelo erro de transmitir de uma só vez toda a informação, esquecendo-se de a fragmentar, para que seja mais claramente entendida. O exercício do direito da autonomia do doente só é possível quando este está em posse de toda a informação necessária para decidir em consciência, estando implícito o facto de ser o doente a resolver quanto à informação que deseja ou não receber. O consentimento esclarecido pressupõe portanto, uma informação actualizada e uma verdade adequada às circunstâncias (psicológicas e culturais).

A nova realidade conduz o doente a um papel cada vez mais interveniente e participativo. Muitas vezes, o doente tem acesso à informação de uma forma pouco adequada, tal como a fornecida pelos meios de comunicação sociais. “*A informação é igualmente uma mercadoria que se vende, provocando um público alargado (...)*” (Lipovetsky, 2004).

“ O cidadão médio não é hoje um ignorante em matéria de saúde (...) programas de rádio e principalmente televisão, inundam o espaço informativo com matérias que outrora eram do foro secreto do médico. Este cidadão, muito informado, mal informado ou deformado, não chega ao diálogo médico em branco e até pode pensar que deve ter opinião na matéria da sua doença.” (Serrão, 2003). As transformações ocorridas nas últimas décadas na área das tecnologias de informação contribuíram para a *“revolução da informação”*, dando origem a novas capacidades de inteligência humana e activando os modos de trabalho e de compreensão do mundo e de convivência da sociedade.

A Internet inaugura o início de um novo momento de *“acesso democratizado”* à informação, e tende a tornar-se num dos principais veículos de divulgação da informação científica.

A informação como veículo de comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes é essencial que seja feita de uma forma eficaz e que estes doentes/família consigam perceber o que se lhes está a transmitir e tomem uma decisão baseada numa informação esclarecida. Esta democratização da informação não está isenta de perigos, quando se assiste, por exemplo, à venda livre de testes genéticos pela internet (CNECV, 2013) percebemos que esta informação pode constituir uma séria ameaça à relação médico/ doente e constituir uma real ameaça à mesma.

Carvalho (1999) faz uma comparação na forma de transmissão de informação que considero muito pertinente: *“... pensemos o que poderia fazer um leigo se tivesse diante de si as peças de um automóvel ou de uma televisão, todas amontoadas. E imaginemos ainda a dose de conhecimentos que se torna indispensável para inventar quer o carro quer o televisor, e quantos anos de apurado trabalho se tornaram necessários para aí chegar.”* Pereira (2004) alerta também para os perigos desta hiper-informação: *“... pode*

conduzir o paciente à confusão e à perda de perspectiva, a qual é necessária para decidir”.

Mathieu (1989) enuncia como primeiro princípio o direito à informação e à verdade num clima de confiança mútua. Este autor afirma: *“Essa confiança baseia-se no conhecimento, o mesmo quer dizer, na informação; a verdade e o respeito do outro implicam uma escuta recíproca, da qual o doente depende em grande parte. A informação e a verdade são dúvidas que o doente tem sempre até que lhas esclareçam, só a partir daí sente confiança e à-vontade para falar abertamente do que mais o atormenta.”*

Importa ainda salientar (ERS, 2009) que ao direito positivo a informação, que consiste na comunicação de todas as informações necessárias para que o paciente cumpra devidamente uma prescrição ou se prepare para uma intervenção diagnóstica ou curativa, se contrapõe o direito negativo à não informação, caso o doente manifeste essa vontade. Só se deve informar o que for de livre vontade do doente; o que o doente quer e precisa.

Tal como Beachamps e Childress (1994). *“O paciente delega a autoridade na decisão do médico, ou pede para não ser informado. O paciente toma a decisão de não tomar uma decisão informada.”* Estes mesmos autores (1994) defendem que há duas maneiras de tratar o problema da recusa por parte dos doentes: o procedimento médico pode ser atrasado até que haja entendimento suficiente, não importando que o doente tenha manifestado o desejo de não ser informado; se e um doente entende adequadamente a sua situação e renuncia o direito à informação sobre as intervenções médicas propostas, o profissional pode proceder sem insistir em exigir da pessoa nenhum entendimento além do facto de estar a renunciar a um direito.

Tal como refere Osswald citado por Rosa de Figueiredo (2006) é de : “ *uma violência inaudita dizer uma verdade que ninguém pediu. Há doentes que não querem saber a verdade ...*”. Considero, que transmitir a informação a quem não a quer conhecer constitui uma invasão da privacidade inaceitável podendo o doente renunciar à informação: “... *Se «o conhecimento é poder», «a ignorância é uma bênção»* ”, (Pereira, 2004). Algumas pessoas nas mais diversas situações, como por exemplo, nos testes genéticos, no diagnóstico pré-natal, no teste do HIV - SIDA, podem preferir não serem informados relativamente a certos aspetos da sua saúde.

O direito a não saber é, obviamente, um corolário do princípio de autonomia da pessoa humana, e está previsto no Art. 10º, n.º 3, CEDHBIO (Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedecina, e também na Declaração dos Direitos dos Pacientes (OMS, 1994): “ *Os pacientes têm o direito de não serem informados, a seu expresso pedido*”. No entanto Dias Pereira (2004) faz uma ressalva: “...*[O] direito a não saber não é absoluto. Pode sofrer restrições tanto no interesse do paciente (informá-lo da predisposição para uma patologia grave, para que adopte medidas preventivas) (...) como para proteção de terceiros (informá-lo, por exemplo, de uma doença infecto-contagiosa, como sucede com a Sida, para evitar a transmissão a terceiras pessoas ou a familiares.*” Tais exceções estão previstas na CEDHBIO, nos artigos 10, n.º 3, e 26.

Ao longo da história, a prática médica sofreu uma descentralização progressiva do médico para o doente, tendo tido o seu ponto alto na década de 60, com o movimento dos direitos do doente. O doente actualmente exige o conhecimento detalhado acerca do diagnóstico, da fisiopatologia, das opções do tratamento e do diagnóstico, requerendo assim, informação que anteriormente se encontrava unicamente ao alcance do médico.

O doente necessita de se sentir ajudado nas suas limitações pessoais, aliviado do seu isolamento humano, com as suas dúvidas esclarecidas, refeita a confiança e estabelecida a sua ligação com a família. Por outro lado, é necessário que o doente saiba o que lhe vai suceder. Deve ser informado pelo médico (equipa) da sua situação clínica actual, de forma adequada e compreensível, sem distorção da verdade e, deixando sempre o toque fundamental para a aliança terapêutica.

É de extrema importância deixar uma mensagem de esperança e optimismo e também uma informação dinâmica e permanentemente actualizada, que respeite a privacidade do doente e diminua a ansiedade inevitável do próprio e da família.

Há que aliviar o sofrimento do homem em qualquer das suas formas, tratar a pessoa doente num quadro de solidariedade humana, e entender esta atitude ao proporcionar-lhe dignidade na doença e na morte, quando esta é inevitável. Surge então no seio da comunidade médica o dever de informação, dando lugar ao que Guilherme de Oliveira (2005) descreve como o fim da «arte silenciosa». Chega-se então ao modelo de defesa e promoção do que o doente considera melhor para si, modelo este que deve considerar os valores e crenças do doente com fatores fulcrais para a tomada de decisão no que concerne à sua saúde, prevalecendo, em caso de conflito, a vontade do próprio mesmo quando não coincida com a vontade dos profissionais de saúde. Desta forma, o direito à autodeterminação do doente e a ética da autonomia contrapõem-se ao modelo paternalista apoiado no princípio da beneficência, até então em uso.

Com este desiderato, configura-se uma relação médico/doente enquanto interacção baseada no respeito mútuo, em que a autoridade médica cederá lugar a uma perspectiva colaborante.

Importa fazer uma breve nota em relação ao segredo profissional médico, que tal como Gracia (2004) defende: “...tem a ver com o assunto de não revelar ou divulgar a informação que se obtém num ambiente de confiança necessário para um correto desempenho da profissão médica”. O segredo profissional tem a sua origem no juramento de Hipócrates prevalecendo até aos nossos dias, actual e primordial na relação de confiança entre o médico e o seu doente. Tal como sustenta Gracia (2004): “...não se trata de um direito do paciente senão um dever do médico”. O segredo profissional é o regulador de informações do doente e do acesso às informações, em função da necessidade do doente e de quem o cuida. Este *segredo profissional* pode ser violado para proteger a saúde de outras pessoas, como também por necessidades da justiça.

Vaz Carneiro (2003) defende: “O acto médico encontra-se na intersecção de três grandes universos: a relação médico / doente, com os seus fatores culturais, crenças e educação (...); o universo da ciência médica com os seus dados empíricos, e, finalmente, um conjunto de constrangimentos: as políticas de saúde, racionamento de recursos (...)”.

Atualmente, o modelo de cuidados de saúde evoluiu e com ele ocorreu também uma modificação na tomada de decisões, numa visão em que se privilegia a cidadania. Todos devem participar, “ ... os gestores deverão reconhecer que a incorporação do *Consentimento Informado na prática clínica não se faz «a custo zero»*. Realizar processos de *Consentimento Informado consome tempo, tempo que tem um preço que deve ter-se em consideração na hora da programação e medir a actividade assistencial e de gestão de recursos*” (Rodrigues, 2001). Surge então, uma nova entidade, a equipa

de saúde, que normalmente engloba outros profissionais de saúde além do médico, existindo um risco de diluir o rosto e a personalização perante o doente.

Do que ficou anteriormente exposto resulta que a informação é uma pedra basilar do consentimento; no entanto, sendo um consentimento um processo e não um momento, o médico além de informar terá que garantir que o doente compreendeu o que lhe foi transmitido. Vaz Carneiro (2003) sublinha que diferentes estudos testemunham que *quando cuidadosamente os médicos lhes comunicam os riscos que correm, metade da informação desaparece com rapidez na mente deles. Em segundo lugar, o nível de compreensão do risco pelo doente é muito variável*’.

Deste modo, e principalmente quando a vulnerabilidade da pessoa é significativa, a informação que se lhe transmite, a garantia da compreensão da informação preferencialmente depois de lhe permitir assimilar a notícia, é uma obrigação ética que se reveste de extrema importância. Engelhardt (1996) considera o consentimento uma negociação entre o médico e o doente, utilizando mesmo o termo de contrato, justificando “...o consentimento livre e informado desempenha seu papel central não tanto por causa de um compromisso com um ideal liberal, mas pela descrença na possibilidade de descoberta de uma visão concreta dos objetivos de assistência à saúde, num contexto pluralista secular”. Outros autores, tal como Raposo (1992), utilizam o termo “aliança terapêutica”, em vez de contrato, que em nosso entender representa de uma forma eticamente mais apropriado ao processo de consentir.

Para todo o acto médico, o consentimento poderá ser solicitado ao doente de diferentes formas. Por exemplo, o consentimento à auscultação, que implica que o médico toque no paciente, é normalmente tácito, isto é, presumido. O consentimento para testes de

rotina (por exemplo, colheita de sangue para a glicemia) é implícito ou verbal. Contudo, o consentimento para o acto operativo deverá ser formalizado, pois exige uma obrigação ética e jurídica, na forma de consentimento escrito, onde o paciente depois de devidamente informado aceita ou não submeter-se a determinada operação.

O consentimento informado do paciente é necessário sempre que o médico deseje iniciar um exame ou um tratamento ou qualquer outra intervenção. Exceptua-se segundo Guilherme de Oliveira (2006): “ (...) o caso de urgência ou quando a lei disponha o contrário (por exemplo, no caso de internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica, nos termos da Lei de Saúde Mental ou os exames médico-legais no âmbito do Processo Penal)”. Desta forma, a necessidade de informar, de garantir a compreensão e de obter um consentimento informado não é apenas um dever deontológico mas também um dever ético e legal.

2.1 Elementos do C.I numa perspectiva bioética: definição e elementos

O processo de consentimento informado deve basear-se na transmissão da informação, na sua compreensão e resultar num consentimento livre e esclarecido; a sua aplicação de forma correta depende do cumprimento destes princípios no processo de tomada de decisão pelo doente. Tratando-se de um processo que envolve não só a autonomia e liberdade do doente mas também dever e responsabilidade, a sua aplicação não é passível de uma avaliação precisa, embora se possam definir estratégias para implementar a sua aplicação e avaliar o rigor com que se encara o processo (ERS, 2009).

O conceito de consentimento informado é composto por três componentes fundamentais: a transmissão da informação; a compreensão da informação e o

consentimento livre. Conjuntamente, estas etapas, quando assumidos pelo profissional de saúde, são a garantia de que qualquer decisão por parte do doente, assenta nos pressupostos de auto-responsabilização e liberdade de escolha (ERS, 2009). É essencial que se entenda o consentimento como um processo que ocorre com o tempo e se evite a visão comum de que um formulário de consentimento assinado é a essência do consentimento informado (Beauchamp e Childress, 1994). O CI é um elemento característico do actual exercício da Medicina, não sendo apenas uma doutrina legal, mas um direito moral dos pacientes que gera obrigações morais para os médicos. Também Peter Ducan (2010) defende que o C.I deve ser dividido em duas componentes essenciais: a informação e o consentimento do doente.

1. A informação, que implica o fornecimento de dados no sentido de esclarecer o indivíduo, bem como a compreensão por parte desse mesmo indivíduo desses dados, de modo a que se possa considerar esclarecido e apto a decidir.
2. O consentimento, em que de forma voluntária, o doente dá o acordo à prossecução dos procedimentos em causa.

No mesmo sentido, Rui Nunes (2002), sublinha na mesma linha de Engelhardt que o CI deve obedecer a três princípios: competência da esfera da decisão, informação apropriada e inexistência de coação.

Alguns dos factores que contribuem para a difícil implementação do processo de consentimento incluem: a tradição paternalista do acto médico e de enfermagem; a desumanização das estruturas de saúde e o facto do profissional de saúde considerar que o CI é um instrumento para a sua defesa e não uma do que consequência de um diálogo digno.

Segundo Beauchamp e Childress (1994), assim como para Daymond (2006) o CI deve ser constituído por cinco elementos:

1. Competência para decidir

Esta competência refere-se tanto ao plano físico como ao plano mental, constituindo uma exigência básica. É necessário que os profissionais de saúde se assegurem de que estão em presença de uma pessoa com capacidade de discernimento para julgar ou decidir, mesmo que tenha períodos de perda transitória dessa competência. Até que se prove o contrário pelos meios adequados, esta capacidade do doente deve estar presente.

2. Comunicação

A frase «consentimento informado» acentua a oferta de informação (Jonsen *et al*,1998); assim depois de comprovada a existência do requisito anterior, passa-se ao processo de transmissão de informação, a qual deve ser adequada a cada pessoa. Para tal, a informação deve ser clara, leal, verdadeira e em linguagem compreensível de acordo com os conhecimentos do doente. O doente deve ainda dispor de tempo suficiente para interiorizar a informação, bem como de um ambiente terapêutico que lhe proporcione espaço e tempo para formular questões e esclarecer dúvidas. Na mesma linha, Paris *et al* (2010) consideram estes elementos essenciais para o processo de C.I

Os profissionais de saúde deviam estar particularmente vocacionados para a arte de comunicar, ultrapassando os obstáculos linguísticos e pessoais com que muitas vezes se deparam. Desta forma, as qualidades humanas do profissional de saúde, são de grande importância bem como a sua sensibilidade, visto ser necessário um clima acolhedor, de segurança e de tranquilidade, para que exista uma verdadeira relação de confiança. Só assim se pode construir aquilo que Albert Jonsen (1998) designa por “*aliança*

terapêutica”, permitindo que o paciente possa tomar uma decisão fundamentada e segura.

Alguns autores (Beauchamp *et al*, 1998) acrescentam que os profissionais de saúde deveriam ter formação e ferramentas para comunicar de forma eficaz e compreensível com os doentes. Quanto aos aspetos da informação que permitam ao doente possa decidir, de forma livre e esclarecida German citado por Antunes (2008), estabelece pontos de referência “... *uma explicação quanto às condições clínicas envolventes; a necessidade do procedimento ou tratamento proposto; reconhecimento dos riscos e benefícios envolvidos; os procedimentos alternativos adequados à situação, seus benefícios e efeitos secundários; as consequências para o paciente em não aceitar a proposta terapêutica; o direito do paciente em não consentir, ou, uma vez dado o consentimento, em retirar-se do procedimento em qualquer altura*”.

Sobre as atitudes dos doentes perante os direitos à informação e ao C.I, um estudo nacional na área da oncologia conclui: : “ (...) *que os doentes oncológicos desejam ser informados sobre a sua situação de saúde, mas têm uma postura mais passiva no que se refere à participação na tomada de decisão*”. Neste mesmo estudo em relação aos enfermeiros: “... *os enfermeiros têm uma atitude de maior valorização do direito ao consentimento relativo ao direito à informação (...)*”. Estes dados revelam algumas diferenças entre os profissionais de saúde que importa alertar. No estudo empírico apresentado no capítulo 5, esta diferença será analisada de forma mais atenta.

A forma da transmissão da informação ao doente, deverá constar dos seguintes passos:

1. escolher um momento em que o doente e o médico estejam tranquilos e que tenham tempo adequado;
2. avaliar o estado emocional e psicológico do doente na altura;

3. preparar o doente dizendo que se tem um assunto difícil para discutir com ele;
4. usar uma linguagem clara e simples;
5. expressar solidariedade para com a dor e sofrimento do doente;
6. ser humano;
7. dar informações de forma gradual e programando um outro encontro com o doente;
8. ser realista, encontrar uma formula de evitar a tentação de minimizar o problema, não retirando a esperança;
9. verificar como o doente se sente depois de receber as notícias;
10. assegurar a continuidade do cuidado, independentemente da posição do doente;
11. assegurar que o doente tenha suporte emocional de outras pessoas.

Gracia e Fernandes (Figueiredo, 2006), realizaram um estudo que tinha como objectivo saber até que ponto a informação para o consentimento criava ansiedade, tendo concluído que 87,7% dos pacientes preferiam conhecer a evolução da doença e somente 12,3% preferiam nada saber.

3. Compreensão

No âmbito da obtenção do Consentimento Informado, uma decisão deve ser respeitada se o doente:

1. tiver a capacidade para compreender a informação transmitida;
2. for capaz de fazer julgamento sobre essa informação, à luz do seu referencial de valores;
3. elaborar mentalmente uma resposta;
4. comunicar livremente o seu desejo ao profissional de saúde ou à equipa de investigação.

Segundo Peter Ducan (2009) e Albert Jonsen (1998) o ponto da compreensão deve ser considerado como o que levanta maiores dificuldade no processo de C.I .

4.Voluntariedade

O processo de transmissão de informação deve ser isento de qualquer tipo de coacção, sendo uma condição essencial a todo o processo. A expressão da vontade individual prende-se com o conceito de liberdade de decisão. A pessoa deverá estar livre de qualquer influência exterior, nomeadamente de forças manipuladoras ou coercivas. Tal como na tradição Kantiana relativa ao princípio de autonomia, a pessoa só é livre para decidir quando se encontra no uso pleno da sua racionalidade, sem constrangimentos emocionais, passionais ou de outra natureza (por exemplo, dor intensa); desta forma é crucial que este processo cumpra estes requisitos.

5. Consentimento

Numa perspectiva ética, o C.I deve ser um valor a promover, uma vez que potencia a autodeterminação e a auto-estima, conduzindo a decisões racionais e livres, que vão de encontro à vontade do doente, evitando, deste modo, fraudes, coações e abuso de poder por parte dos profissionais de saúde. Por este motivo, é crucial que o respeito pela autonomia, integridade e dignidade do doente deixe de ser uma excepção e passe a ser uma regra.

No entanto, a estrutura hierárquica do meio hospitalar supõe uma diminuição da liberdade, difícil de evitar na totalidade, pois o medo de represálias, aquando da recusa, poderá prevalecer sobre a liberdade de decisão de cada um. Cabe a todos os profissionais de saúde um papel importante na prossecução do respeito à autonomia enquanto objetivo primordial. Respeitar a prática do CI passa por aceitar o outro

enquanto pessoa, tal como Serrão (1998) afirma “ *... porque é uma pessoa, tem o direito ao exercício da autonomia e da liberdade e que se, depois de muito bem informado, mesmo assim ele toma a decisão errada (...)*”, é de sua inteira responsabilidade pois escolheu em consciência. Além disso, viver a vida é uma decisão pessoal e são múltiplas as formas de viver passíveis de trazer felicidade à vida de cada um.

No plano ético, não existe qualquer distinção entre o consentimento verbal ou escrito; tratando-se, a assinatura do C.I, uma formalidade jurídica, que, em caso de conflito poderá funcionar como prova. Hoje em dia, qualquer profissional da equipa multidisciplinar de saúde dentro do seu campo de actuação específico deve garantir o princípio da autonomia e consequentemente o CI. Assim como o médico deve esclarecer o doente sobre o tratamento a efetuar, enumerando os prós e os contras, esclarecendo dúvidas e mostrando percursos alternativos à proposta efetuada, também o enfermeiro deve explicar a natureza dos cuidados que vai prestar, a sua finalidade e consequências, explicitando o que poderá acontecer caso preste ou não o cuidado pretendido.

No mesmo sentido Osswald (2001) sublinha que a : “ *(...) mais exigente definição do consentimento informado é a que se encontra no artigo 1º do Código de Nuremberga, que refere as quatro características fundamentais: voluntariado, competência, informação e compreensão.*”. Nesta definição existem duas importantes dimensões a ter em consideração; a questão cultural por um lado, os profissionais de saúde que têm de a enfrentar este processo com naturalidade e sem constrangimentos, os doentes que têm de aprender a ouvir e a analisar as explicações dadas, colocando questões, continuando a questionar até se sentirem completamente esclarecidos. Será, provavelmente, uma questão de confiança e respeito, cujo principal problema poderá

passar pela dificuldade em adequar a informação e os esclarecimentos ao nível etário e cultural dos doentes.

2.2 Princípios éticos

O Consentimento Informado representa o culminar de um percurso sem roteiro certo, mas com paragens obrigatórias. Para que o CI possa ser construído, é necessário que se tenha em conta os pressupostos que envolvem considerações respeitantes aos quatro princípios da Ética Principalista: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça e aos que resultaram, mais tarde, da declaração de Barcelona.

Como anteriormente sublinhado processo de consentimento teve, uma fase inicial, essencialmente ligado à investigação científica. O governo alemão em 1931, elabora um documento intitulado «Regulamento das Novas Terapias de Experimentação», em que *“...enunciava os requisitos profissionais e éticos a serem cumpridos no âmbito da experimentação, nomeadamente a obtenção do consentimento junto dos sujeitos de experimentação”* (Rodrigues, 2002). Em 1900, o ministro do governo Prussiano “... previa não só o consentimento em sujeitos de experimentação mas também a proteção de pessoas mais vulneráveis”(Dias Pereira, 2004).

No entanto as alterações mais significativas só ocorreram nas décadas de 60/70, após a denúncia, feita em 1966 pelo médico Henry Beecher, da existência de experimentações nos Estados Unidos em que foi ignorado o Código de Nuremberga, tendo-se colocado em risco vidas e não tendo obtido o seu consentimento. Foi então que a Declaração de

Helsínquia em 1964 reforçou e tornou mais claro o conceito de C.I. Em 1966, foi publicitado o caso Tuskegee, relativo a um estudo da evolução da sífilis, numa população de 400 homens afro americanos que permaneciam deliberadamente privados do tratamento com penicilina, disponível desde a década de 50.

É em 1978, que com o Relatório Belmont, que se estabelecem *princípios* éticos e diretrizes para proteção de sujeitos humanos em investigação: respeito pelas pessoas, beneficência e justiça .

Com base neste relatório, Beauchamp e Childress (1994) formularam um conjunto de princípios que, em sua opinião, seriam o pilar estrutural da ética nos cuidados de saúde e que assumem como guias gerais em cuidados de saúde. Mais tarde, num contexto menos anglo saxónico surgem outros princípios que importa alertar. É possível encontrar uma fundamentação teórica para estes princípios, enquanto regras de atuação, na dependência estrita da dignidade da pessoa humana.

1. Respeito pela autonomia

É necessário implicar o médico na decisão livre do doente. Este apenas poderá ser livre na decisão se acompanhado (apoiado) nesse processo e quando munida de informação adequada. Tal como Levinas afirma, citado por Almeida (2006): “*Sou responsável pela tua própria responsabilidade*”. A importância dada à autonomia tem vindo a aumentar, considerando-se cada vez mais um “*bem*” primordial do doente.

Assim, o objetivo do CI enquanto corolário do princípio da autonomia, é aumentar a autonomia pessoal nas decisões que afetam o bem-estar físico e mental do doente.

Jacob Rendtorff (2008) salienta para a necessidade deste princípio ser contextualizado nos direitos humanos. Reforçando a importância deste princípio ser enquadrado na

dignidade humana e não esquecendo a condição de vulnerabilidade que a pessoa doente está sujeita.

Numa outra linha, muitos autores, como Ducan (2010) e Young (2009) consideram o princípio mais importante no C.I enquadrado no contexto de cuidados de saúde.

2. Beneficência

Este princípio refere-se à obrigação ética de maximizar benefícios e minimizar danos ou prejuízos. Segundo Pessini (2006), *“esse princípio deu origem a normas exigindo que os riscos (...) sejam razoáveis à luz dos benefícios esperados”*.

A beneficência e a atitude paternalista dos prestadores de cuidados para com os doentes têm sido, nos últimos tempos, alvo de ataque devido à crescente enfatização dos direitos dos doentes. A beneficência, segundo Thompson e Boyd (1994), também exige a defesa dos direitos dos doentes vulneráveis; podemos afirmar que, quando estamos fracos ou vulneráveis, é imprescindível que alguém preserve o nosso bem, nomeadamente, nos substitua na resolução de aspetos para os quais nos encontramos impossibilitados. Se o conhecimento é poder, o verdadeiro cuidador deve direccionar o seu poder para a partilha de conhecimento e capacidades com os indivíduos vulneráveis de modo a permitir a sua capacitação para retomarem o controlo da sua vida, se tal for possível.

Tanto o princípio de beneficência como o de não maleficência foram durante séculos, a base da prestação de cuidados de saúde. Considerando estes princípios numa perspectiva actual, trata-se de respeitar a vontade do doente na óptica do seu melhor interesse e preferencialmente, sem o prejudicar.

3. Não maleficência

O princípio da não maleficência consiste em não fazer mal ou não causar dano a outrem, o que no contexto de cuidados de saúde se reporta, não só a danos corporais decorrentes da própria prática de cuidados, como a danos psicológicos, devido a uma maior vulnerabilidade do indivíduo quando em situação de doença. Este princípio tem raízes muito antigas na medicina; já Hipócrates enfatiza o dever de não prejudicar o doente.

4. Justiça

No contexto dos cuidados de saúde, o princípio da justiça refere-se sobretudo à justa distribuição de recursos; e à igual oportunidade para aceder e beneficiar de determinado recurso. Contudo, as exigências da justiça distributiva são problemas muitas vezes de difícil resolução tendo em conta a limitação, ou, por vezes, escassez de recursos disponíveis. Esta “*justiça distributiva*,” ao relacionar-se com a afetação de recursos para a prestação de cuidados de saúde, tornou-se num dos principais problemas de ética biomédica da atual.

Neste princípio, há que ter em conta que nem todos os doentes são iguais e que, consequentemente, as suas necessidades de cuidados divergem. Neste sentido, este princípio não implica cuidar todos da mesma maneira, implica sim, responder de forma satisfatória às diferentes necessidades de todos os doentes. Rawls (2001) defende que: “*A distribuição natural dos bens não é justa nem injusta; nem é justo que os homens nasçam em algumas condições particulares dentro da sociedade. Estes são simplesmente factos naturais. O que é justo ou injusto é o modo como tratamos destes*

factos.” Para cumprir o princípio de justiça e para que os doentes sejam iguais em oportunidades e benefícios, temos de considerar as diferentes condições de vulnerabilidade e as diferentes necessidades individuais e colectivas. Equidade e justiça na distribuição dos recursos não significam, necessariamente, que seja atribuído a todos o mesmo.

Considero importante referir os princípios da Declaração de Barcelona que está estreitamente interligada com o princípio de justiça.

A União Europeia estabelece um quadro de cooperação multilateral com os países da bacia mediterrânica. Esta parceria representa uma nova fase nas suas relações, dado que abrange, pela primeira vez, os aspectos económicos, sociais, humanos e culturais, bem como as questões de segurança comum. Esta parceria concretizou-se pela adopção da Declaração de Barcelona pelos Estados-Membros da EU. Esta parceria assenta num espírito de solidariedade e de respeito das especificidades próprias de cada um dos participantes. Completa as outras ações e iniciativas empreendidas a favor da paz, da estabilidade e do desenvolvimento.

Neste contexto o trabalho de Jacob Rendtorff e Peter Kemp, que coordenaram o projeto, apoiado pela Comissão Europeia, e que foi apresentado, em 1998, na declaração de Barcelona, e em 2000, sob a forma de livro, intitulado *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw*. Nesta obra tal como Pereira da Silva (2013) alerta, os autores criam um quadro de princípios (que muitos dizem ser, antes, ‘ideias orientadoras’), em que se pretende reflectir um modelo menos anglo-saxónico e mais devedor da matriz europeia. Os princípios por eles encontrados são os da ‘autonomia’, da ‘dignidade humana’, da ‘integridade’, da ‘vulnerabilidade’. Princípios que facilmente

serão reconhecidos como fazendo parte de uma moral comum que define a matriz europeia. Pereira da Silva (2013) defende que a na declaração de Barcelona, os princípios enunciados não são um ponto de partida, mas um ponto de chegada, após terem-se encontrado consensos. E talvez seja essa a causa mais profunda do sucesso do principialismo na Bioética. É que, contrariamente a outros modelos, que visavam forçar a adoção de princípios para, numa segunda fase, encontrarem fundamentos e consensos, o principialismo, tão presente nesta declaração de Barcelona e, mais recentemente, na declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, aprovada pela Unesco, em 2005, procura consensos que se estruturam em princípios comuns.

3.2 Forma e a prova do C.I

O procedimento do consentimento baseia-se na autonomia e na capacidade de o doente julgar o seu próprio bem, abrindo-se à possibilidade de uma aliança terapêutica entre o médico e o doente. Como anteriormente sublinhado, o veículo usual para a expressão da preferência do doente é o C.I (Jonsen et al, 1998).

A informação devida ao paciente visando a obtenção do CI é variável e condicionada pelos seguintes limites: a personalidade e o temperamento do paciente e a sua disposição no momento da recepção dessa informação; o grau actual e aparente de entendimento do paciente; a natureza do tratamento; a magnitude das possíveis consequências negativas e incidências de risco.

Vale a pena considerar que a finalidade dessas distinções é o aperfeiçoamento da prática do CI e que por sua vez, a observação adequada das mesmas aperfeiçoa e humaniza o exercício da Medicina.

Ferro (2000) vai ao encontro do anteriormente referido e segue diretrizes específicas para o CI, no âmbito da experimentação clínica. Esquematizando: em relação à informação: a forma atualmente usada na “informação ao doente” e no formulário do consentimento tem uma finalidade legal; a informação transmitida do estudo deve ser simples e comunicada de forma clara e específica para cada doente.

Em relação ao processo de consentimento, deve explicitar-se que: a participação é voluntária; o doente pode interromper a sua participação; a não participação, ou a interrupção da participação não afetam os cuidados de saúde habituais; é preciso considerar os casos especiais de doentes não competentes, com défices cognitivos e de não comunicação; há alternativas de consentimento por familiar ou ente próximo, representante legal, testemunha e diferido.

Muitos estudos segundo Jonsen *et al* (1998) mostram que os doentes desejam ser informados pelos seus médicos; muitos médicos estão cientes de que os seus doentes apreciam ser informados

Um ponto particular do CI é o modo de registo. Tradicionalmente, existem os suportes escritos, os chamados Formulários Escritos do Consentimento, sendo estes os mais utilizados. No entanto, estes formulários não podem recolher todo o decurso de informação e consentimento, pelo facto de se tratar de um processo basicamente verbal, embora alguns aspetos deste procedimento possam ser registados por escrito. Neary *et al* (2008) reafirma a importância da assinatura no processo do C.I Assim, uma das funções do formulário escrito é a de servir como meio de apoio ao processo de consentimento, ao facilitar a transmissão completa, verdadeira e compreensível pelo paciente. Outra função deste formulário é a de proteger legalmente os profissionais de possíveis denúncias por escassez de informação ao paciente, ou por informação deficiente.

Independentemente destas funções, devem figurar nestes formulários os seguintes aspetos: dados pessoais do paciente; nome do médico que informa; explicação breve e compreensível do objetivo do procedimento, assim como da forma como se levará a cabo; informações dos riscos típicos; existência de alternativas existentes, de forma que o paciente participe, se assim o desejar, tendo em conta naturalmente as suas preferências; declaração do paciente em que expresse o seu consentimento e a satisfação recebida; assinatura do médico e do doente.

Em relação ao doente, importa salientar que a declaração de voluntariedade e de saber que não aceita ou recusa posteriormente, não prejudicam os cuidados prestados.

2.4 O princípio e filosofia da autonomia

“A declaração de Helsínquia (1974) e o relatório Belmont (1978) são prenúncio do principalismo de Beauchamp e Childress que, em 1979, marcou indesejavelmente a bioética, reclamando para o princípio (...) dos seus princípios a capital importância da autonomia” (Almeida, 2006) .

De facto, esta definição de autonomia, de passado marcadamente anglo saxónico, traduzida na *a liberdade de fazer o que me convém desde que eu não faça outrem sofrer algo que não consentiu*. (Engelhardt Jr, 1998). No entanto, o princípio de autonomia não pode, em nosso entender, compreender-se de forma isolada, separadamente do princípio da dignidade, integridade e da vulnerabilidade,. (Francesc Torralba et al, 2006). Desta forma, o C.I expressa-se na autonomia do paciente, na equação entre o bem individual e o bem comum.

O termo autonomia nasce com os filósofos clássicos; Platão, Aristóteles e os Escolásticos medievais, consideravam a autonomia, não como algo dado mas como uma capacidade a desenvolver. No entanto, foi com Kant que este princípio adquiriu maior relevância na filosofia moderna; Kant defendia que para sermos considerados agentes morais, devemos ser pessoas autónomas, responsáveis e totalmente racionais. A autonomia é propriedade do agente racional que só se determina em virtude de sua própria lei, que é a de se conformar ao dever ditado pela razão prática; a ideia fundamental é a seguinte: na deliberação referente à ação, não devemos apenas debater a prudência dessa ação com o fim de saber se ela é um meio apropriado para a obtenção de algum fim desejado; mas devemos também determinar se ela é intrinsecamente justa ou moralmente correta (Durand, 2009)

O princípio da autonomia consagra segundo Antunes (1998) o direito de cada pessoa ao seu “auto- governo”. Mas Lobo Antunes (2012) define a autonomia como: “ *o direito de autodeterminação do doente, de este decidir o que quer para si, o que tem como expressão prática o consentimento informado*” O doente foi ganhando autonomia e, com maior ou menor facilidade, os profissionais têm vindo a integrar o doente nos processos de decisão

A autonomia como capacidade humana não anula a influência de forças externas nem de ações baseadas em impulsos, envolve graus e possui três elementos distintos: a determinação, a independência ou liberdade e a razão. O primeiro, a determinação, faz com que o indivíduo tenha consciência de seus desejos e tente satisfazê-los. (Inês Mota, 2010). Segundo Engelhardt Jr. (1996) defende a teoria dos estranhos morais, cada pessoa tem sua vida e concepção moral legítima baseada nos princípios e hierarquias da

comunidade moral. O segundo é a independência ou ausência de influências controladoras. Mesmo considerando que impossibilidade de evitar todas, as influências, deverão ser evitadas todas as que violem o princípio de autonomia, tal como a coerção e a manipulação. O terceiro elemento diz respeito à capacidade de tomar decisões baseadas na razão, o que faz com que os homens tenham capacidade de reflexão e tomem decisões esclarecida. O conceito de autonomia implica em algumas capacidades, tais como: racionalidade, capacidade, independência de controles externos e internos, liberdade de opção e submissão ao seu próprio plano de ação (Mello, 2008). Beauchamp e Childress reforçam tal perspectiva sinalizando a questão do entendimento: se não houver entendimento da situação, não haverá autonomia.

Na prática clínica, a adoção deste princípio implica que os profissionais de saúde passem a ter em linha de conta a vontade dos doentes, nomeadamente no que respeita à abstenção ou suspensão de meios, eventualmente desproporcionados, de tratamento (Antunes, 2012). Convém salientar que o respeito pela autonomia é nos dois sentidos: o do doente e o do profissional de saúde.

Este princípio decorre segundo Ernestina Silva (2007) da doutrina da dignidade humana e dos direitos humanos fundamentais. É, no fundo, o exercício da liberdade da pessoa enquanto ser social. A liberdade tem uma importante porta de entrada entre os princípios da Bioética mediante o conceito e a prática da autonomia.

Osswald (2008) defende que “ (...) a autonomia do doente existe para além da sua mesma capacidade de expressão, perdida por inconsciência, doença psíquica, atraso mental, baixo quociente de inteligência, etc., ou simplesmente ainda não plenamente atingida, por imaturidade ou processo evolutivo ontológico (caso de crianças). Significa isto que nos devemos esforçar por apreender o sentido, ao menos geral, da disposição

do doente em relação ao tratamento sempre que ele esteja em condições de o comunicar, mesmo de forma imperfeita, aproveitando para tal os intervalos lúcidos do doente psicótico, a recuperação parcial da consciência, o estado vígil, o raciocínio infantil. Quer-se assim alargar ao máximo o aceitar da autonomia do doente, como necessária consequência do respeito pela sua intrínseca dignidade.

Muitas vezes, quando se informa o doente, este tem dificuldade em decidir podendo mesmo sentir o pedido de actuação como uma ameaça; é um problema de literacias, de capacidade de actuar em função da informação que se recebe. Na sua grande maioria, é notório o desinteresse dos doentes em participar ou até saber o diagnóstico da sua doença, o que se irá refletir posteriormente na sua vida. *“A verdadeira liberdade, aquela liberdade que pode até criticar-nos ou pôr em causa o que fazemos, só pode ser alcançada por cidadãos com escolaridade suficiente para exercer críticas que reflectam não só os seus problemas pessoais presentes mas também os problemas colectivos que se advinham”* (Pacheco Pereira, 2004).

A liberdade de escolha é algo que muitos doente rejeitam.. O doente tem o direito de decidir se quer ou não saber a verdade. Os médicos servem para tratar, não para decidir no lugar do paciente se a sua vida – e a sua morte – vale ou não a pena ser vivida. A tendência de os doentes e da própria família não quererem participar na decisão clínica deve-se ao facto de algumas pessoas não terem da vida objetivos concretos, *“vivem e morrem irrefletidamente, sem alguma vez se terem perguntado quais os seus objetivos e por que fazem o que fazem”* (Singer, 2002).

A contrapor esta visão demasiado radical, em nosso entender, devemos falar de um incremento da responsabilidade para um processo de mudança permitindo no futuro uma sociedade mais informada e participativa. No processo de tomada de decisão do

doente, é muito complicado que este participe, porque implica que o doente tenha um nível sociocultural médio-alto, que queira participar e perceba ou queira perceber. Na nossa cultura latina, muitas vezes é sentido o CI como uma transferência de responsabilidades para o doente, ficando ilibado o médico. O doente tem a escolha de dizer sim ou não à decisão médica e de optar. *“Temos bastante por onde escolher no momento de agir, mas não podemos optar entre escolher ou não, entre actuar ou não actuar em termos gerais (...).”* (Savater, 2004).

O princípio da autonomia tem vindo a assumir um papel cada vez mais relevante no contexto dos cuidados de saúde, dado que *o fazer o que lhe parece melhor para o doente*, tem sido complementado com a decisão autónoma do doente sobre o que considera ser melhor para si. Sendo por alguns autores considerado um direito (Ellenberg, 1996). Outros (Thompson, 2004) consideram a autonomia não como princípio, mas uma condição prévia. Neste contexto, este princípio significa, fundamentalmente, reconhecer certos direitos básicos dos doentes, como o direito de estar informado e o direito a exercer a sua liberdade, ou seja, o direito à autodeterminação. Deste modo, para que os prestadores de cuidados de saúde respeitem este princípio, torna-se imprescindível o reconhecimento dos direitos já referidos, sendo que a sua actuação deverá ser no sentido de manter o máximo grau de independência para o doente, isto é, de promover a autonomia do doente, partilhando conhecimento e cuidados, de forma a evitar criar ou perpetuar a dependência.

O princípio da autonomia está diretamente ligado ao princípio da liberdade, associado à declaração universal dos direitos do homem, decorrendo assim, da doutrina da dignidade humana e dos direitos fundamentais. É, no fundo, o exercício da liberdade da pessoa como agente social.

Em cuidados de saúde, o CI expresso pelo paciente deve constituir o corolário do respeito pela autonomia individual. O consentimento ocupou desde há muito tempo um papel fulcral no contexto dos cuidados de saúde, uma vez que valida e legitima formas de autoridade e de conduta que de outro modo, não poderiam ser legitimadas. Contudo, importa salientar que este pode ocorrer sob várias condições, podendo ser negligente e podendo ocorrer frequentemente, em condições de pressão intensa que o podem tornar inválido.

Lawrence *et al* e Zeiler (1996) enfatizam o direito do doente mas alertam também para para um equilíbrio entre a beneficência e a autonomia também o Irish Council for Bioethics (2007) salienta que o princípio da autonomia depende do adulto ser competente para tomar a sua decisão livremente, alertando para o facto que este princípio não ser absoluto mas antes, limitado, podendo algumas vezes colidir com os valores dos profissionais de saúde.

Surge então o binómio da autonomia *versus* bem comum justificada pelos modelos tradicionais de cuidados de saúde que passam a dar prioridade ao princípio de beneficência. O próprio termo “paciente” sugere que a pessoa é o receptor passivo dos cuidados ou tratamento activo prestado por outrem. A Comissão dos Direitos Humanos da Ordem dos Advogados (1997) estabelece: “...*ser inteiramente livre e ao mesmo tempo inteiramente dominado pelas leis naturais e humanas é o eterno paradoxo do homem. Algo de que só nos apercebemos, por vezes, tarde de mais, outras, por tão pouco tempo que logo nos esquecemos*”.

Na prática clínica, a adopção deste princípio implica que os profissionais de saúde tenham em conta a vontade dos doentes, nomeadamente no que respeita à abstenção ou

suspensão dos tratamentos. Mas sobretudo, reconhece-se o direito do doente a estar envolvido e ser parceiro dos cuidados. Para Cabral (93), o princípio de autonomia implica, na prática, “ ... *promover quanto possível comportamentos autónomos por parte dos pacientes, informando-os convenientemente, assegurando a correcta compreensão da informação ministrada e a livre decisão.* ”.

A autonomia não é valor absoluto, sendo que consequentemente, o princípio que impõe o seu respeito não é incondicional, podendo ser limitado pelo respeito por outros valores e assegurados por outros princípios, nomeadamente o da vulnerabilidade, beneficência ou de justiça. Este princípio deve portanto, coexistir com outros e não ser assumido como o único a ter em consideração. Também, Francesc Torralba *et al* (1994) reafirma que o princípio de autonomia não deve compreender-se de forma isolada, separadamente do princípio da dignidade, da integridade e da vulnerabilidade, mas em íntima relação.

A autonomia individual pressupõe condições à partida: liberdade (independência em relação a influências externas constrangedoras); actualidade (capacidade para prosseguir acções intencionais); capacidades de compreensão, raciocínio, deliberação e escolha independente.

Na filosofia da autonomia é de extrema importância analisar o conceito de vulnerabilidade. Tal como Almeida defende (2007): a voluntariedade pode ser afetada pela restrição parcial ou total da autonomia da pessoa, ou pela sua condição de membro de um grupo vulnerável.

Assim pessoas vulneráveis, aquelas cuja autonomia está reduzida temporária ou definitivamente: crianças, adolescentes, doentes, idosos e reclusos poderão ter redução temporária da autonomia pessoal ficando assim impedidos de manifestar a sua vontade.

Pessoas vulneráveis, são pessoas que por condições sociais, culturais, étnicas, políticas, económicas, educacionais ou de saúde têm “diferenças”, estabelecidas entre elas e a sociedade envolvente, que as transforma em desiguais. Esta desigualdade, entre outras coisas, torna-as incapazes temporariamente, ou pelo menos, dificulta enormemente, a sua capacidade de expressar livremente a sua vontade.

O aumento da vulnerabilidade leva à redução ou perda total da liberdade individual, pois os mesmos fatores que conduzem à vulnerabilidade contribuem para impedir uma escolha livre. Elizari (1996), relativamente ao efeito da vulnerabilidade na decisão, acrescenta que “a lucidez perante os condicionamentos existentes é um bom caminho para um maior grau de liberdade. Esta depende também do enquadramento em que o consentimento se processa. É importante que os sujeitos sejam cuidadosamente informados quanto ao que se está ou se irá passar e que sejam deixados livres para decidir.

Para Marques *et al.* (2004), deve-se destacar a importância da autonomia do ser humano, reavaliar a atitude paternalista que pressupõe que a criança e o adolescente são seres incapazes e buscar indicadores da sua autonomia, considerando que cada situação de conflito entre o interesse do menor e o de seus responsáveis devem ser estudada.

A vulnerabilidade aparece pela primeira vez definida como princípio da declaração de Barcelona. Assim, neste documento a vulnerabilidade é considerada como uma universal expressão da condição humana. Expressando duas ideias base: a finitude e a fragilidade da vida, assim como a sua relação com a autonomia e a necessidade moral do sujeito e a vulnerabilidade como um princípio moral.

Também a Declaração Universal de Bioética da UNESCO no seu Universal artº 8 dá grande ênfase à vulnerabilidade humana individual assim como de grupos, famílias, comunidades e populações, salientando a necessidade de proteção deste princípio/ condição. A vulnerabilidade faz parte da condição humana sendo uma das bases fundamentais do exercício da medicina.

2.5 Recusa de tratamento

Os pacientes da OMS têm o direito a não serem informados, podendo renunciar à informação, este direito está contemplado no art. 10º n.º2 e 3 da Convenção dos direitos do homem e da Biomedicina: “ *Qualquer pessoa tem o direito de conhecer toda a informação recolhida sobre a sua saúde. Contudo, a vontade da pessoa em não ser informada deverá ser respeitada*”, na Declaração dos Pacientes da OMS: “*Os pacientes têm o direito de não serem informados, a seu expresso pedido de não saber, como dimensão do princípio de autonomia da pessoa.*” A Convenção dos Direitos do Homem e Biomedicina reconhece o direito a não saber (artigo 10º, nº2): Este direito segundo ERS (2009) “ *(...) constitui uma dimensão do princípio de autonomia, filiando-se ainda o direito à reserva da vida privada, no direito ao livre desenvolvimento da personalidade, e integridade e autodeterminação do sujeito.*” Este direito sofre restrições tanto no interesse do próprio paciente como para proteção de terceiros, no caso das doenças infecto-contagiosas (art. 26 da Convenção dos Direitos do Homem e Biomedicina).

Guilherme de Oliveira (2006) alerta para que: “ (...) *é necessário que não haja dúvidas acerca da vontade manifestada – quanto à informação em que ela se baseou; quanto à liberdade com que foi feita; quanto à sua atualidade.*” Para isso é necessário que: o doente tenha disposto de apoio técnico completo, antes de assinar o documento e que não tenha sido pressionado por ninguém, no momento de assinar. Importa salientar que: “ A actualidade necessária exige que o médico se convença de que o doente mantém a recusa no momento actual – agora que a sua condição se deteriorou e carece dos tratamentos (Guilherme de Oliveira, 2006). Esta posição é legalmente sustentada pelo Código Penal no seu Art. 156.º (Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários).

A recusa de uma proposta terapêutica está baseada na autonomia plena do paciente livre de coações. Este facto supõe basicamente, que o doente se encontra em situação racional para decidir se pretende prestar ou não o consentimento informado. O receio de um atendimento inconveniente perante a recusa a uma intervenção e, conseqüente recriminação ou catalogação de não cooperante por parte da equipa de saúde, limitam a autonomia do doente. A estrutura hierárquica do meio hospitalar supõe uma diminuição da liberdade do utente, difícil de evitar na totalidade. Assim, o doente, após a aquisição e compreensão da informação, deve ser livre de decidir, prendendo-se a expressão de vontade individual ao conceito de liberdade de decisão. Qualquer influência exterior a esta vontade deve ser considerada como violadora do direito à autonomia individual, já que a pessoa não estará agindo segundo a sua vontade mas influenciada por fatores que lhe são estranhos. Esta escolha voluntária pode incluir a reprovação de um determinado procedimento ou tratamento.

A recusa de tratamento ou de qualquer tipo de procedimento por parte do doente é uma das possíveis consequências do processo de obtenção de consentimento. Para que esta decisão seja válida, é necessário que o doente seja reconhecidamente capaz/competente para tomar decisões. Os profissionais de saúde têm o dever de informar o doente de forma completa e inteligível das consequências seguras ou prováveis da recusa do tratamento que lhe é proposto, devendo ser adiada a decisão definitiva, concedendo desta forma ao doente ocasião para reflexão e discussão com pessoas significativas ou outros profissionais de saúde.

No caso de a recusa do tratamento conduzir provavelmente à morte em contrapartida, o tratamento proposto permitir salvar a vida, a equipa de saúde pode exigir que a recusa do tratamento seja formulada por escrito e testemunhada. Esta mesma recusa torna-se inaceitável quando se trata de doenças altamente contagiosas que provoquem o risco de gerar epidemias ou com a possibilidade de afetar grande número de conviventes, devendo neste caso prevalecer, o bem comum sobre o bem individual. Favorecer e respeitar a autonomia do doente na tomada de decisões não significa abandonar o doente nesse momento. Os profissionais de saúde deverão estar em condições de prestar toda a ajuda nas decisões. Respeitando a vontade da pessoa doente.

Não existe verdadeiro consentimento senão quando é reconhecida a eventualidade de uma recusa. Reconhece-se que toda a rejeição cria um mal-estar no seio dos profissionais de saúde. Engelhardt (1996) salienta: *“O princípio do consentimento dá a devida fundamentação ao direito de ser deixado em paz, ao direito de privacidade, ao direito de recusar o toque e as intervenções de outras pessoas”*.

Na renúncia, um paciente não abdica do direito a um consentimento informado, não libertando o médico da obrigação de o obter. Desta forma, a renúncia constitui um consentimento válido para a terapia ou investigação, ainda que não seja um CI.

A prática generalizada de autorizar renúncias não é recomendável, porque a decisão voluntária e informada de renunciar exige um cuidado na implementação das políticas de renúncia. As recusas são pouco frequentes porque existe uma política de persuasão, que não deve nem pode ser confundida com a manipulação, que poderá ser conduzida de forma a que o processo terapêutico seja aceite.

É, assim, importante que os profissionais de saúde confirmem a vontade actual do doente colocando dúvidas sobre se a decisão de recusar tratamento, de modo a garantir que esta foi tomada em posse de toda a informação necessária, nomeadamente com conhecimento dos riscos inerentes à recusa. Não havendo conhecimento da vontade livre e esclarecida do doente em situação específica, a decisão dos profissionais de saúde deve considerar o melhor interesse do doente e reger-se pelo princípio de beneficência. Colocado perante a necessidade de tomar uma decisão, o profissional de saúde deve traduzir a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa no respeito pelo código deontológico e na concretização dos princípios que consagram os direitos dos doentes, sendo-lhes reconhecido o direito de recusar, praticar ou participar em actos que, em consciência, considerem atentarem contra a vida, a dignidade da pessoa ou contra o seu código deontológico.

2.6 Fatores favoráveis e constrangimentos ao processo do Consentimento Informado

Quando se reflete sobre os benefícios do C.I aparecem-nos como núcleo da relação profissional de saúde/doente, uma vez que é a partir desta que podemos considerar os benefícios e os constrangimentos à aplicação deste ato. De facto, no domínio da saúde, poucas questões têm um interesse tão vincado como o estabelecimento de uma efetiva relação clínica com o doente. Alguns autores enfatizam que o consentimento deve ser considerado como uma autorização activa e um processo e não um evento isolado, devendo ser uma reflexão e deliberação baseadas nos valores próprios de cada indivíduo, seja ele um doente ou um voluntário (Olga Almeida, 2007). O C.I serve o doente como o instrumento de defesa dos seus direitos. (Javad et al, 2008), sendo um processo central no acto clínico em particular na cirurgia (Sebastian, 2010). Assim, o processo de consentir deve pautar-se por critérios éticos bem definidos à luz da tradição profissional e das disposições internacionais que consagram a doutrina da dignidade da pessoa e dos seus direitos. E nestes direitos está incluído o direito à verdade, como expressão máxima de liberdade.

De acordo com João Lobo Antunes (2005) *“A verdade é também condição de liberdade”*, alertando este ainda para a verdade revelada que *“só é má quando assassina a esperança (...), a questão da esperança é das mais complexas e das mais esquecidas da ética médica contemporânea (...)”* Continua Lobo Antunes (2005): *“A verdade salta tantas vezes, irreprimível, da nossa face, decerto porque, quando procuramos amordaçá-la para que não fuja pela palavra, ela se escapa”*. A confiança baseada na verdade é condição necessária na relação clínica.

Outro aspecto que deve pautar a relação médico/doente é a esperança, afirmando Lobo Antunes que *"... o tempo de viver é sempre considerado em função da esperança, e é precisamente no lidar com a esperança que mais ofensas morais se cometem na minha profissão"* (2005).

Na linha da definição do C.I apresentada anteriormente também João Lobo Antunes (2005) defende que é mais importante conhecer o doente do que a doença que o doente tem. A transmissão de informação para o doente vai mais além, reside também na conversa e na relação que se estabelece entre duas pessoas, muitas vezes com padrões de referência diferentes, ou seja no dialogo. De acordo com Jean- Paul Resweber (2002), *" (...) do facto de que cada um dos interlocutores verifique, através do diálogo, que se reclama do mesmo sistema de referências e, conseqüentemente partilha o mesmo mundo de valores"*.

É importante fazer uma ressalva à falta de tempo imposta ao médico, que cria muitas situações de profundo mal-estar; no sistema actual, tem, na maioria das vezes, um tempo de espera demasiado longo e consultas médicas demasiado curtas. Deste modo, ambos os actores da relação sentem uma enorme insatisfação com a gradual subjugação da medicina à mentalidade economicista. A falta de tempo, de comunicação, afecta também gravemente os profissionais de saúde, sentindo-se os médicos e os cuidadores de saúde frustrados pela possibilidade de tratar a doença mas pela impossibilidade de tratar a pessoa; é necessário tempo para tratar a pessoa e não apenas a doença. Os sintomas deste cenário acabam, mais cedo ou mais tarde, por se fazer notar; a exaustão emocional relacionada com o trabalho, intensos sentimentos de insatisfação e uma atitude despersonalizada, características de "Burnout" são uma realidade bem presente em diferentes profissionais de saúde.

Como acréscimo ao factor tempo, a produtividade e a rentabilização levam, muitas vezes, à desumanização do atendimento ao doente. As pessoas são tratadas como unidades numeradas, peças intercambiáveis, sem qualquer interesse ou valor em si mesmas, sendo a empatia sacrificada em nome da eficiência e da análise de custos.

Deste modo, tal como sublinhava Goldeman (2008) sobre as instituições mais humanas:

“Se quisermos organizações mais humanas, vão ser necessárias alterações a dois níveis. Nos corações e nos espíritos daqueles que prestam os cuidados, e nas regras base tanto explícitas como ocultas – das instituições”. O funcionamento da informação está, muitas vezes, organizado para conveniência da equipa de saúde e não dos seus doentes e da família. Existem no nosso entender, dois ingredientes essenciais no desenvolvimento da relação equipa de saúde/doente/família; a empatia, considerada como o meio mais eficaz, sendo um poderoso construtor de relações e o tempo. Em contrapartida, subsistem vários fantasmas que prejudicam a relação equipa/doente: a crescente fragmentação dos cuidados médicos, que obriga os pacientes a andar de especialista em especialista, a escassez de pessoal de enfermagem e médico fazendo com que os profissionais tenham a seu cargo cada vez mais doentes.

O avanço da medicina e das tecnologias transformaram o que era antes *"muita arte e pouca ciência"* em *"muita ciência e pouca arte"*. A subjetividade da atuação do médico conferia-lhe um estatuto de artista, tendo sido substituída pela objetividade das ultrassonografias. Os atributos anteriormente admirados no médico no século passado, tais como a dedicação, a disponibilidade e o afeto, foram nos nossos dias, substituídos por critérios de competência, de perícia e precisão (Lobo Antunes, 2008)

Na origem destas alterações, que muitas vezes carregam uma autonomia ilusória, reside no facto de hoje todos disporem da informação através: *“... de uma colega que tem uma*

informação – e repare-se que digo informação, não conhecimento ou sabedoria (...). Essa colega, que se saiba nunca trabalhou num hospital, mas recolhe informação de muitos hospitais (...). Esta colega não é responsabilizada pelo que afirma, não se cansa, tem uma paciência infinita, não se zanga e está disponível a toda a hora. Esta colega chama-se Internet e está cada vez mais presente nas nossas consultas” João Lobo Antunes (2008).

Desta forma, os profissionais da saúde são muitas vezes confrontados com um doente teoricamente informado, testando, assim, a tarefa de informar sobre a informação e informar sobre a realidade. Também a organização empresarial da assistência médica pode resultar uma descontextualização do processo de consentir.

Novas regras surgem na época actual baseadas na lógica produtiva, visando o lucro das empresas (como por exemplo, o número de doentes a serem atendidos por jornada de trabalho e a limitação de exames solicitados). Ribeiro e Shraiber (1995) defendem que: “ ... o médico depende do hospital para alguns dos seus doentes, mas o hospital depende do médico para todos os seus clientes.”

Interpôs-se entre os médicos e os doentes uma incontornável subida de custos económicos dos cuidados de saúde e a impossibilidade de dar a todos os doentes os cuidados mais adequados à sua situação de doença. Este facto constitui um dos grandes desafios das sociedades contemporâneas.

Assim, a relação entre o médico e o doente é cada vez mais comprometida nesta lógica empresarial, tal como afirma Schraiber (1995): “*A relação médico/doente deve ser encarada como sagrada pelos médicos e entidades representativas, esta relação garante um exercício profissional mais humano que tecnicista e faz com que a ética fique acima do lucro.*” A relação médico/doente tem sofrido nos últimos anos

interferências de várias ordens; companhias de seguros, políticas de saúde, meios de comunicação social e até da própria sociedade. Nas palavras de Riesman, citado por Figueiredo (2006): *“Por mais sós que o médico e o doente estejam numa consulta, o acto que realizam nunca é solitário; há sempre entre eles um terceiro sujeito – a sociedade”*.

Num século duplicámos a nossa esperança média de vida, Diego Gracia (2004), acrescenta: *“Hoje o problema principal não é quantos anos vamos viver senão como e para quê, quais são os nossos ideais, as nossas expectativas e os nossos valores (...). Deles dependerá, (...) que sejamos imensamente felizes ou profundamente infelizes”*. Actualmente torna-se importante saber como queremos viver a nossa doença. É por isso essencial compreender qual é a representação médica do doente. Herzlich (1973) preconizou dois tipos de representações médicas dos doentes: o doente do hospital e o doente do médico, elaboradas a partir do estatuto social do doente e da sua relação com o sistema médico.

“O «doente do hospital» é um indivíduo isolado, cuja família não é integrada no processo de internamento (...) com estatuto social inferior ou que não desenvolve nenhuma actividade (...) idoso reformado ou desempregado (...) ou então desenvolve uma actividade não valorizada.” (Carapinheiro, 2005). Este recorre ao hospital através da consulta externa ou das urgências, não havendo uma relação pessoal com o médico que o atende e o seguirá durante todo esse processo de doença. Carapinheiro sublinha que *“face a ele, a responsabilidade médica é a que está definida no quadro das práticas correntes (...). A relação de comunicação entre o médico e o doente é escassa, hermenêutica, centrada pelo médico no exame clínico e na prescrição terapêutica, face*

a um doente passivo, ansioso, receoso de fazer perguntas, na expectativa silenciosa de receber algum sinal esclarecedor da sua situação real”.

Em contraste, o «doente do médico» detém uma posição diferencial relativamente à sua relação com a sociedade como em relação ao sistema médico hospitalar. Este doente dirige-se ao médico e procura cuidados especializados. A responsabilidade médica é individual e directa, havendo uma boa comunicação entre o médico e o doente.

A ética da responsabilidade tem como suporte a confiança, de facto, na vida e na morte, a confiança é construtiva da própria relação entre o médico e doente. No entanto, esta Ramon de la Feria (2005) defende que: “ *Da cirurgia, em qualquer das suas expressões especializadas, decorre uma agressão para o doente (...) que é assumida desde logo pelo cirurgião e compartilhada com o (e pelo) doente. Esta cumplicidade justifica a relação médico/doente e transporta-a para o campo da confiança, da luta pela qualidade de vida, da luta contra a morte, da compreensão pelas opções.*”

A relação é de igualdade, mesmo que ambos estejam dotados de autonomia. O doente vulnerável, deposita confiança no médico, que deve através da sua responsabilidade procurar sempre que o doente cresça em autonomia.

Mizrathi, citado por Carapinheiro (2005), alerta para o facto de ter encontrado no seu trabalho .a existência de uma separação na relação dos médicos entre o doente e a doença; predominando muitas vezes a doença sobre o doente e concomitantemente a desvalorização dos sintomas apresentados pelos doentes. E vai mais longe explicando: “ *as frequentes exposições dos doentes nas reuniões clínicas, para a qual não existe justificação médica plausível*”. Dando ênfase: “ *(...) as expressões de gíria médica, depreciativa sobre os «doentes do AVC» ou entusiastas sobre os «casos bonitos», não*

deixam de se incluírem numa vasta gama de efeitos de neutralização da pessoa doente e portanto da sua objetivação”.

A liberdade para consentir uma intervenção no domínio da saúde está sempre condicionada pelo estado de saúde do paciente. Este encontra-se, em relação à equipa de saúde, na maioria das vezes, numa situação de inferioridade e até de dependência.

O C.I é um diálogo e negociação com o médico e doente, é uma decisão partilhada. Esta partilha é, no entanto, objecto de vários obstáculos tais como Jonsen *et al.* (1998) : a “surdez” do doente perante a notícia da doença e a incapacidade do médico em ouvir e dialogar com o doente e em compreender os seus medos e receio e emoções.

Quando procuram um profissional de saúde, os pacientes entram em território estranho. Engelhardt (1996) utiliza mesmo a expressão: “*O paciente como estranho em uma terra estranha*”. Esta é uma questão cultural: os doentes têm de aprender a ouvir e a analisar as explicações dadas, colocando questões sem constrangimento, até estarem completamente esclarecidos. Da mesma forma, os profissionais de saúde devem actuar com o doente com naturalidade, não tendo de se sentir contrafeitos por esclarecer e indicar caminhos.

Schutz citado por Engelhardt (1996), afirma: “*O paciente (...) tem dificuldade até mesmo de se orientar no ambiente de alta tecnologia da medicina*”. É, assim, importante que os profissionais de saúde procurem vencer esta distância entre o doente e o contexto de assistência à saúde.

Susan Ellengerg (1996) alerta para o facto que o C.I poder servir como mecanismo de proteção em muitos dos casos para o doente e para o médico, mas que é um obstáculo na informação dada ao doente, na medida que está provado que os doentes entendem

muito pouca da informação dada. Deste modo, e uma vez que, a informação dada durante o processo do C.I é difícil de entender e de o doente tomar decisões, torna-se necessário criar estratégias para minorar este obstáculo (Meade, 1999). Os autores Jefford e Moore (2010) reafirmam a ideia que há dificuldade no entendimento pelos doentes da informação dada durante o processo do C.I. Alertando para a necessidade de uma linguagem adaptada ao doente.

Na Encyclopedia of Applied ethics, (1998) enumera diferentes obstáculos a ponderar no processo de C.I salientando: a dificuldade de comunicar a informação técnica, o que limita a compreensão do doente para tomar a sua decisão consciente. Também a cultura e estrato social e educacional do paciente, podem contribuir para criar obstáculos a este processo. Como obstáculo mais relevante Mueller (2004) no seu trabalho de investigação chegou à conclusão que a pedra basilar do C.I é a compreensão dos procedimentos médicos por parte do doente.

2.7 Estudos nacionais e internacionais sobre o consentimento informado

Existem algumas dificuldades práticas na correta implementação do consentimento informado no nosso país, tais como:

1. o baixo nível cultural da população muitas vezes traduzida na expressão *“o médico é que sabe”* ele é quem diz o que se deve fazer.
2. a desumanização das estruturas prestadoras de cuidados de saúde onde o consentimento informado fica reduzido a uma assinatura burocrática num documento e,

3. a postura de alguns profissionais de saúde preocupados apenas em tratar a doença e a não ver o doente como centro autónomo de direitos (Olga Almeida, 2007)

Olga Almeida sobre: “ *O consentimento informado na prática do cuidar em Enfermagem*”, chega à conclusão que apesar da inegável amplitude do fenómeno da responsabilidade profissional, nomeadamente a dos profissionais de saúde e em especial a do médico nos Estados Unidos, bem como na maioria dos Países Europeus (mais ocidental e nórdica) também em Portugal, o consentimento informado está em vigor no nosso país, pese embora muitas vezes o seu excessivo critério burocrático e legal em detrimento do processo ético de obtenção do C.I.

Assim, e tendo evoluído ao longo da história, através de marcos de inegável importância, como a II Guerra Mundial e a Declaração de Nuremberga, e também de fenómenos da transformação política e social em Portugal, a Revolução de 25 de Abril de 1974 com o estabelecimento de instituições democráticas, o fenómeno de aculturação na população emigrante portuguesa em Países culturalmente e democraticamente mais rigorosos, como a França e a Alemanha, o consentimento informado aparece nos Códigos Deontológicos do médico e do enfermeiro, e na Lei Portuguesa como um dever profissional, que respeita a autodeterminação da pessoa e o seu direito à informação e decisão sobre o seu próprio corpo. O regime jurídico do consentimento informado deve ser analisado à luz do dever de respeito pela autodeterminação do doente e depende da prévia verificação dos deveres de informar e esclarecer, sobre o estado e o curso provável da doença, a terapia proposta, ponderados os riscos e os benefícios que daí advêm, os meios disponíveis e as actuações alternativas. Visando essencialmente dotar os profissionais de saúde de um instrumento de trabalho que lhes permita compreender

e desempenhar as suas funções e, nesse sentido, cada vez melhor cuidar os doentes, foi adoptado um conjunto de diplomas legais, com o explicitado anteriormente, com o objetivo de, por um lado, facilitar o exercício da actividade dos profissionais de saúde e, por outro lado, de ajudar o cidadão-doente na sua relação com os mesmos e com os serviços de saúde, através de um melhor conhecimento e interpretação dos normativos aplicáveis a cada situação em concreto. (Almeida, 2007).

No entanto, o consentimento informado tendo nascido de uma necessidade de proteger e respeitar o Ser Humano na sua individualidade, autonomia e liberdade, desvirtua-se e transforma-se, em grande parte dos casos, numa prática rotineira e afastada dos seus princípios. Hoje, em muitos dos casos, os vários documentos intitulados “consentimento informado”, não passam de simples protocolos entre doentes e profissionais de saúde, resultantes de uma medicina “defensiva” em que o clínico procura evitar questões legais decorrentes de qualquer processo clínico que não se tenha desenvolvido de forma esperada. É assim comum que o consentimento seja unicamente dado por uma assinatura numa folha estandardizada, constituindo exclusivamente um acto de aceitação/imposição e não de informação. Os doentes, muitas vezes, assinam um documento em que aceitam o proposto, sem saberem exatamente do que se trata, nem que outras alternativas se poderiam colocar. A competência do indivíduo para compreender o que está a aceitar também não é frequentemente considerada. Infelizmente, em muitas situações ainda se assiste a uma fixação no paradigma tradicional em que o médico manda, proíbe, tira e acrescenta, comunicando precariamente com o indivíduo são ou doente.

As barreiras institucionais e organizacionais são frequentemente obstáculos à consideração que o indivíduo merece por parte do profissional de enfermagem, e por si só impedem o consentimento informado. Horário de cuidados de higiene, restrição e horário de visitas são dois exemplos da limitação da liberdade do doente e da sua vontade. Assim, o papel da sociedade tem sido passivo relativamente aos profissionais de saúde. Casos há em que de um consentimento informado se pretende passar a um consentimento “imposto” em que o utente exige resultados, e batalha por eles na justiça. Da relação de confiança passa-se assim à de desconfiança mútua. Esse estado de coisas acaba por contribuir para uma medicina mais defensiva e para um aumento da precariedade da comunicação, aliado também ao aspecto de, por vezes, ser sentido o consentimento como um atentado à autonomia do profissional de saúde, que vê a sua autoridade e superioridade ameaçadas.

Em muitas situações, tanto ao nível da medicina pública como da privada observa-se que o consentimento informado não passa de um proforma e é um papel que os enfermeiros dão aos utentes para que estes assinem, sem que lhes seja explicado claramente o que se vai passar e muito menos as alternativas. Na maior parte das vezes a informação fornecida é relativa a uma decisão já tomada e não aos riscos, benefícios e alternativas existentes. É certo que a falta de informação prejudica a relação de confiança e indiretamente compromete o bem-estar do indivíduo e consequentemente o seu mais rápido restabelecimento (Almeida, 2004). Nos indivíduos de baixo nível cultural e socioeconómico, a comunicação é por vezes, muito difícil. A informação é frequentemente aceite sem ser entendida, sendo outras vezes tudo explicado de uma forma tão simples que parece estar a ocultar-se informação.

Para Jonsen *et al.* (1998) os médicos podem ficar presos a uma linguagem demasiado técnica, perturbados pela incerteza intrínseca a toda a informação médica, preocupados em não querer prejudicar ou alarmar o doente, ter pressa ou estarem pressionados por múltiplas obrigações. Portugal sofre de uma enorme insatisfação, como Barreto (2003) atesta, pelas seguintes razões: *“Primeira, o atraso geral da economia, da cultura, da técnica e da sociedade relativamente aos vizinhos europeus (...). Segunda, a distância que separa o quotidiano das aspirações generalizadas”*. Isto reflecte-se também no contexto hospitalar, na passividade perante a vida e, também enquanto cidadãos e membros da comunidade, É importante referir, tal como Barreto (2003): *“Portugal é o país mais analfabeto e com a mais elevada percentagem da população (...) que apenas obteve certificados de fim de estudos inferiores”*. Isto reflete-se na autonomia e no poder de decisão dos nossos doentes, na capacidade de intervenção que possam demonstrar, e até de negociação com eles próprios e com a família durante todo o processo de doença. A figura do profissional de saúde, aparece como alguém com mais habilitações e portanto, inquestionável. Somos considerados por muitos, um país que investiu muito pouco na educação, o que se veio a refletir-se no alto nível de analfabetismo e na baixa escolaridade com que nos deparamos. *“Hoje, embora se invista incomparavelmente mais na educação e na ciência, os resultados não são incomparavelmente maiores como seria de esperar”* (Rosado Fernandes, 2006).

A educação é um meio essencial para a população poder escolher com clareza o que pretende, como sublinhava Nelson Mandela: *“a educação é a arma mais poderosa que podemos utilizar para mudar o mundo”*. A taxa de analfabetismo no nosso país em 1991 era de 11%, e em 2001 era de 9% (23%). (Expresso anuário de 2002). Quanto a indivíduos entre os 25 e os 30 anos com o ensino secundário completo, em 2001,

Portugal apresenta a média europeia mais baixa – 42%. A população com mais de 21 anos com curso superior em 1991 era de 4%, e em 2001, de 8,6%.

Ao refletirmos sobre os baixos níveis de instrução dos portugueses, chegamos a conclusões alarmantes: *“Nós temos ainda hoje uma população activa onde só 28% tem o ensino secundário completo e concluído”* (Portas, 2007).

O analfabetismo em Portugal continua presente e deixa grandes marcas. *“A historiografia da alfabetização para Portugal não tem conseguido libertar-se duma marca de longa duração – a permanência de elevadas taxas de alfabetização”*, (Magalhães, 1996). Toda a carga de periferia que marca a sociedade portuguesa, ou melhor de *semiperiferia*, está profundamente ligada às elevadas taxas de iliteracia. Pobreza e subdesenvolvimento têm sido, deste modo, duas marcas constantes na história da alfabetização em Portugal. Na transição para o século XX, a taxa de analfabetismo mantinha-se em cerca de 70%.

Outro especto habitual é o de a informação transmitida pelo médico de um modo, ser interpretada de uma forma completamente diferente. Para o doente aceitar o diagnóstico significa comprometer-se com uma alteração da própria vida, em termos de tratamentos e de regimes. No entanto, para que esse comprometimento exista, é crucial a aliança terapêutica, e, como é obvio, é crucial tempo e responsabilidade.

Kokkonen (1999), acerca da relação médico/paciente, declara: *“Os médicos pareciam pensar que mais ninguém iria supor que eles empregassem o seu precioso tempo, quando havia tanta escassez de médicos, para dar explicações a pessoas analfabetas sobre uma série de coisas relacionadas com o seu estado de saúde, a doença, os*

tratamentos (...), os riscos (...) os resultados dos diferentes procedimentos – tudo o que hoje em dia implica um consentimento informado devidamente dado.”

A área da liberdade é diminuída pela ignorância das próprias possibilidades, pela incapacidade de projetar, pela submissão, pela incultura, pelo desconhecimento da própria dignidade. Contudo, importa salientar que muitas vezes, os doentes raramente formulam perguntas ao médico, mesmo questões sobre a sua patologia. Em Portugal, a maioria dos nossos doentes está mais preocupada com a parte hoteleira do hospital do que com o atendimento especializado dos profissionais de saúde. Simon (2000) defende a ideia: *“Tudo isto leva a que a cultura médica mediterrânea encontre muitas dificuldades com a teoria do consentimento informado e que a viva como uma questão alheia”*, baseando-se na carta publicada por uma oncologista italiana em 1992, onde eram abordados os problemas latinos com a teoria do CI, concretamente em relação ao problema da veracidade do diagnóstico e prognóstico.

O nível de conhecimento geral no nosso país é extremamente reduzido e o direito à cultura e ao conhecimento, ainda não é um sentimento da população portuguesa, fazendo com que muitas vezes, se sinta frágil e impotente tal como afirma Gil (2005) *“Na sociedade Portuguesa, atualmente, o medo, a reverência, o respeito temeroso, a passividade perante as instituições e os homens supostos deterem e dispensarem o poder – saber não foram ainda quebrados por novas forças de expressão de liberdade (...) a generalidade da acção da inveja em Portugal é tão vasta que, tal como o medo constitui um sistema.”*. O desconhecimento dos doentes vai desde a natureza da intervenção a que vão ser submetidos, ao nome do cirurgião, a quem ironicamente se colocam, como muitos referem, nas *“suas mãos”*. As comissões de ética devem assumir um papel importante no reforço da necessidade de garantia de comunicação e a

compreensão do mesmo, de modo que o doente possa dar o seu consentimento esclarecido em vez de um consentimento «*mal informado*».

Kokkonen (1999) alerta para o facto de que “*muitos médicos não têm a capacidade para saber ouvir e, mesmo que o fizessem, não consideram os doentes como seus iguais. Assim, muitos pensam que, se o doente não concorda com eles, é porque o doente não compreende, e não porque ele ou ela possam ter valores diferentes*”. É fundamental que os médicos e os pacientes partilhem uma visão comum da qualidade de vida, a fim de serem encontradas estratégias de entendimento aceitáveis por ambas as partes. Segundo Pamela *et al.* (2008) várias investigações comprovam que as chaves do C.I são a comunicação e compreensão sendo decisivos para que este processo ético seja valido.

Um estudo realizado pela DECO Proteste (2009) vem contrariar o que foi anteriormente referido em relação ao CI. Este estudo, efetuado em Março de 2008, a uma amostra da população dos 18 aos 74 anos, 1400 responderam, tinha como objetivo era saber se os portugueses conhecem os seus direitos e deveres enquanto utentes dos serviços de saúde. Este estudo apresentou, face aos nossos doentes e aos nossos profissionais os seguintes resultados: a maioria considera este documento muito importante (70%), 49% têm conhecimento de que podem anular depois de assinarem o documento do CI , 8% relatam experiências com o uso do CI nos 12 meses anteriores, 50% tiveram dificuldade em entender o conteúdo, e 49% ficaram insatisfeitos com a qualidade da informação.

De facto, o processo CI em Portugal é mais uma teoria do que uma prática. Deste modo, Portugal deve concentrar esforços no sentido de permitir que os processo de C.I possa ser uma rotina corrente, adaptada à nossa realidade e feita à medida dos nossos doentes.

Um dos problemas básicos do CI é a sua desadequação à população que é abrangida, e o facto de não se reconhecer que o CI nasce no seio de uma cultura americana, e que a perspectiva de um país como Portugal é certamente, bastante distinta, fundamentalmente porque os nossos valores são diferentes. Diego Gracia citado por Pessini (2004) retrata muito bem esta situação: “...os latinos sentem-se profundamente desconfortáveis com direitos e princípios. Eles acostumam-se a julgar as coisas e actos, como bons ou maus ao invés de certo ou errado. Eles preferem a benevolência à justiça, a amizade ao respeito mútuo, a excelência ao direito (...). Os latinos buscam a virtude e a excelência”. Talvez seja pertinente questionar, se todo o processo de C.I está adaptada à nossa realidade.

Depois do anteriormente enunciado, o modelo de processo de C.I no panorama actual é uma situação com inegáveis dificuldades. Passa pelo paternalismo médico que esconde a verdade, associado ao maternalismo dos enfermeiros que também se congregam ao protecionismo do doente. A nossa cultura na saúde é de base protecionista, quer proteger o doente e também os próprios profissionais de saúde. No CI assistimos a duas tendências de bases culturais distintas a tendência de base anglo-saxonica que: “...preconiza que o doente seja informado completamente sobre o diagnóstico, prognóstico, tratamentos propostos e riscos inerentes a cada acto médico ou cirúrgico, bem como sobre as alternativas possíveis, tendo em vista potencializar o princípio de autonomia para a tomada de decisão.” (Neves e Pacheco, 2004), uma tendência de carácter mediterrânico, que preconiza que não se preste toda a informação, principalmente quando se trata de um mau prognóstico, para não prejudicar o doente, evitando assim efeitos que a ansiedade pode ter sobre a doença e sobre a relação existente entre o doente.

Num estudo realizado pela Olga Almeida (2007), sobre processo de C.I a autora deixa clara a necessidade de implementar um esforço suplementar, para se passar ao plano ético, que é caracterizado pela seriedade e pelas decisões coerentes. Primeiro, dos enfermeiros, dado que têm a responsabilidade de obter o consentimento informado para os cuidados que praticam., depois, dos doentes, que têm o direito de ser informados para que possam decidir de forma autónoma e livre.

Num estudo (2007) realizado a 41 indivíduos (médicos, enfermeiras e mães) no âmbito da prematuridade foi possível perceber que nos cuidados aos prematuros levantam-se também problemas éticos relacionados com a tomada de decisões, as quais podem ter repercussões na qualidade de vida do recém nascido. Foi reconhecido pelos entrevistados que os pais são incluídos na tomada de decisões do tratamento de seus filhos mas que esta não é uma atitude consensual por parte dos profissionais de saúde. Deste modo, a autora acaba por concluir que os pais não têm uma efetiva participação com base no princípio ético da autonomia e do direito que lhes é reconhecido de decidir pelo bem dos seus filhos. Os resultados do estudo refletem, também, uma cultura algo paternalista que leva os profissionais de saúde a agirem em função do “bem dos seus doentes”, sem que aos seus representantes seja dada oportunidade de poderem decidir por si. Também enfatiza o facto de os pais estarem, muitas vezes, limitados devido a diferentes níveis de conhecimento, cultura, enquadramento social que é, muitas vezes agravada pela ansiedade e sofrimento relacionado com o bem-estar do bebé. A autora acaba por concluir que nesta situação os pais, devem ser considerados como parceiros dos cuidados, na relação do respeito pelos valores humanos fundamentais, promovendo, assim, a autonomia, informando com verdade e compaixão, garantindo uma efectiva participação nas decisões sobre os seus filhos.

No plano da bibliografia internacional relativa aos aspetos específicos da área cirúrgica, um estudo realizado por Michell *et al.* (2011) revela que os pacientes entendem melhor os esclarecimentos na área da investigação clínica (80%) do que na área cirúrgica. No mesmo estudo revelam que 88% dos pacientes demonstram um alto nível de compreensão. O estudo realizado por Peter Neary *et al.* (2008) sobre a importância da assinatura do C.I. e conclui: 86% afirmando que o C.I. era para proteger o paciente, 84% consideram o princípio mais importante no C.I. é a autonomia. Num outro estudo realizado por Michell *et al.* (2011) aos dados reforçam a necessidade da equipa de saúde em utilizar “ferramentas” tais como os meios audiovisuais, para explicar aos pacientes de forma compreensível os procedimentos e diagnóstico, de forma a garantir que a compreensão da informação e uma tomada de decisão esclarecida.

Ao longo destes últimos 35 anos a sociedade sofreu enormes alterações que tiveram consequências ao nível do processo do C.I., a própria forma de comunicação e informação foi alterada (Millera e Boulton, 2007). No estudo (Michell *et al.*, 2011) em realizado em diferentes países: Tailândia, Haiti, África do Sul revelou que a literacia e o nível económico, assim como o próprio estatuto social estavam entre os factores que interferiam na compreensão da informação dada pela equipa de saúde e consequentemente no C.I. As maiores dificuldades sentem-se nas populações vulneráveis, onde predomina um nível cultural e educacional baixo e onde o C.I. é muito vezes simplificado. Contudo, importa referir, que nestes casos é necessário utilizar uma comunicação mais eficaz e uma atitude empática para que o C.I. se possa realizar. (Javad *et al.*, 2008). Também as investigações de Windle (2008) demonstram que a

comunicação é um factor essencial para uma boa compreensão dos riscos e benefícios, factores essenciais no processo de consentimento.

Outros autores Fatemeh *et al.* (2011) defendem que uma das maiores barreiras ao C.I são as barreiras linguísticas, afirmando que é nos países subdesenvolvidos que este problema adquire maior relevância, uma vez que o baixo nível educacional e cultural conduzem a que o C.I seja, na maioria das vezes, mal-entendido. Por outro lado estudos realizados por Paris *et al.* (2010) revelam através da utilização de questionários que o nível educacional dos doentes, assim como a profissão e idade não influem na compreensão do C.I; no entanto sublinha que estes factores são de enorme importância na forma como a comunicação é realizada pela equipa de saúde.

3 - A enfermagem e o consentimento informado

Desde muito cedo, “ ... os enfermeiros demonstraram preocupação em relação aos princípios éticos a respeitar na investigação, de que é evidência a obra *Human rights guidelines for nurses in clinical and other research*, publicado pela American Nurses Association em 1975. “...Todas as declarações, artigos e demais documentos publicados assentam no respeito pelos direitos humanos.” (Nunes, 2005). O Internacional Council of Nurses (ICN) em 1988, defende que os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos a todo o momento e em todas as situações, “o que inclui assegurar que cuidados adequados são prestados, com os recursos disponíveis; de acordo com a ética (...), o enfermeiro está obrigado a assegurar que os doentes recebem toda a informação apropriada para consentirem no tratamento ou procedimentos.” (Nunes, 2005).

O CI no âmbito de enfermagem é bastante polémico e algo difícil de entender numa primeira interpretação. As barreiras institucionais e organizacionais são frequentemente obstáculos à consideração que o indivíduo merece por parte do profissional de enfermagem, e por si só impedem o consentimento informado.

A enfermagem é definida pelo regulamento do exercício profissional e pelo Código Deontológico. O regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, conhecido na profissão pela sigla REPE, adquiriu forma legal em 1996. Este diploma «clarifica conceitos, procede à caracterização dos cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais». A Ordem dos Enfermeiros foi criada pelo Decreto-lei 104/98, de 21 de Abril, após a autorização legislativa decretada pela Assembleia da República. No Código Deontológico do

Enfermeiro está escrito e preconizado que este deve participar activamente no Consentimento Informado, sendo contemplado o Consentimento Informado nos artigos: art 78, no 1 Princípio geral da «defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana». Pensar a beneficência e a não maleficência no âmbito de enfermagem é pensar no ponto do artigo 78º do Código Deontológico do enfermeiro. *“As intervenções do enfermeiro são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade humana e do enfermeiro, assim, são valores universais a observar na relação profissional, (...) a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum (...)”*

No mesmo Código, no artigo 78º, nº 2, estão implícitos os seguintes valores: igualdade, liberdade responsável, verdade, justiça, altruísmo, solidariedade, competência e aperfeiçoamento profissional. Devemos ter, como valores em relação à pessoa assistida: dignidade humana, respeito pelos direitos humanos, cidadania e excelência no cuidar.

No artigo 84 é contemplado o respeito ao direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de: informar o indivíduo e a família sobre os cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao Consentimento Informado; informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como a maneira de os obter; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feita pelo indivíduo em matéria de cuidados.

É o respeito pela autonomia do outro que pressupõe, por exemplo, o consentimento para a realização dos actos de enfermagem. Se os enfermeiros explicitam, clarificam a informação de forma a garantir a livre escolha, fazem-no para promover um fim – informar é sempre um meio.

Quanto ao direito à informação, surge no CDE, artigo 84º: a autodeterminação exige consentimento e este exige conhecimento da realidade envolvida, pelo que é dever do

enfermeiro informar o indivíduo e a família. No que respeita aos cuidados de enfermagem, é necessário atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados e enfermagem; o dever de informar refere-se também aos recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter, pois só assim poderemos falar de verdadeira liberdade de escolha e autodeterminação.

No artigo 84º, na alínea A: a informação é clarificada no que respeita ao âmbito da mesma – cuidados de enfermagem – não havendo dúvidas quanto ao conteúdo da informação que o enfermeiro tem o dever de fornecer. A alínea b do art. 84º da Ordem dos Enfermeiros (DL nº 104), 98, de 21 de Abril afirma um dever de informação, no que respeita aos cuidados de enfermagem, ao indivíduo que os recebe, bem como à respectiva família. Dias Pereira (2004) sublinha: “*O estatuto da OE estabelece o dever de: «respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado»*”.

No artigo 85º determina “*Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo de qualidade de cuidados.*”

No Código Deontológico, como refere Lucília Nunes (2005), “*encontra-se sempre a salvaguarda e proteção das pessoas, com particular atenção na garantia da confidencialidade, Consentimento Informado e proteção dos grupos vulneráveis*”.

Porém, todo o enquadramento jurídico do CI retira aos enfermeiros qualquer autonomia neste, chegando mesmo o jurista Dias Pereira (2004) a defender que “*os médicos não podem delegar a tarefa de esclarecer em pessoal paramédico (enfermeiros). Estes devem dar informação relativa aos actos do seu âmbito de competência*”. Por seu lado, Dias Pereira cita o trabalho de investigação realizado por Melo Dias (2008): “*(...) apresenta os resultados de um inquérito realizado nos hospitais da universidade de*

Coimbra; de acordo com os resultados, os enfermeiros revelam uma atitude bastante positiva relativamente à prática do consentimento informado, sentindo que há condições humanas para o realizar, mas havendo carências ao nível dos recursos materiais e financeiros. A maioria também entende que a utilização do formulário não é suficiente e que no processo do Consentimento Informado deveria estar sempre presente pelo menos um médico ou um enfermeiro”. Neste mesmo estudo, em relação à participação dos enfermeiros no CI, os médicos entendem unanimemente que é a eles e não aos enfermeiros que compete levar a cabo essa tarefa.

Como ressalva Pereira (2004) acerca da informação a conceder pelo enfermeiro: “... apenas abarcando os deveres de informação próprios da actividade de enfermagem. Ele não pode – repito – substituir-se ao médico, no cumprimento dos deveres deste.” Então, como se pode informar só sobre a actividade de enfermagem, se esta está interligada com o diagnóstico e o tratamento médico?

Numa associação de ideias, podemos pensar nas raízes/origens da enfermagem, que vêm das religiosas que cuidavam dos doentes: “*Por as enfermeiras serem maioritariamente mulheres, a relação clínica foi denominada «maternalismo», pois a posição da enfermeira a obrigava a adoptar o mesmo papel que a esposa na relação patriarcal clássica, submissa ao marido, por um lado, e carinhosa com os filhos por outro.*” (Gracia, 2004).

Em relação ao papel dos enfermeiros no consentimento informado, Diego Gracia (2004) sublinha: “*É preciso distinguir os actos clínicos independentes dos dependentes (...). Nos primeiros a enfermeira assume toda a responsabilidade assistencial, portanto também relativa ao consentimento informado.*” Na questão dos actos clínicos interdependentes, terá que haver acordos entre todos os actores implicados: médicos, enfermeiras, psicólogos.

O Consentimento Informado continua a ser da responsabilidade total e exclusiva do médico. Os enfermeiros dependem deste para que possam participar ou não no CI. A participação dos enfermeiros no CI tem um papel fulcral no sucesso e concretização deste, através de um trabalho de equipa entre o médico, enfermeiro e outros técnicos de saúde. A participação dos enfermeiros é realizada, na maior parte das vezes, de uma forma velada e por vezes *clandestina*.

A atitude oposta dos enfermeiros, de não quererem participar tanto na informação, como no C.I., tem consequências gravíssimas para a profissão. É como Peter Singer (2005) defende: *“Somos responsáveis não só por aquilo que fazemos, mas também por aquilo que poderíamos ter impedido. Devemos considerar as consequências tanto daquilo que fazemos como daquilo que decidimos não fazer”*. Deste modo, o CI deverá ser realizado em trabalho de equipa com todos os técnicos de saúde, para que a sua filosofia seja concretizada de uma maneira ética, individualizada e humanizada para com o doente.

Muitas vezes, é o enfermeiro que explica ao doente o que o médico informou, quando este não teve para com o doente uma linguagem acessível, nem o tempo necessário para lhe explicar. Neste cenário, o enfermeiro é um *tradutor* e um *mediador* entre o médico e o doente, pois explica o diagnóstico e os cuidados no pré, pós e na alta ao doente/família. Deste modo, e de forma conjunta com os médicos, os enfermeiros deveriam assumir parcerias, tão indispensáveis no trabalho em equipa, garantindo assim o reforço da informação. Graça Carapinheiro (2005) afirma que: *“...são as formas de funcionamento e de circulação do saber médico que constituem o saber dos profissionais de enfermagem como um saber periférico, e o saber do doente como um saber profano, restringindo e delimitando de forma precisa o poder dos enfermeiros como um subpoder, ou seja, um poder cujo alcance, condições de exercício e*

estratégias são definidos pelo poder médico, e não concedendo ao doente qualquer forma de poder oficialmente reconhecida. Por outro lado é-lhes retirado pelos médicos e pelos juristas.” Tudo isto faz com que a profissão de enfermagem ainda hoje desvalorizada na nossa sociedade. Graça Carapinheiro (2005) sublinha ainda: *“...responsabilidade e de decisão dos enfermeiros são marcadas pelos médicos, definindo o que os enfermeiros podem fazer e dizer ao doente, exercendo sobre os enfermeiros o constante pedido de responsabilidades pelo que não devem fazer, pelo que não fizeram e que estava ordenado que fizessem, pelo que disseram a mais e não deveriam ter dito...”*. Assim, a participação dos enfermeiros no CI torna-se muito difícil, para não dizer impossível; *“...uma das situações produtoras de tensão padronizadas entre os médicos e enfermeiros é aquela em que as enfermeiras se substituem aos médicos na transmissão de informações aos doentes sobre aspectos relativos às suas situações clínicas.”* (Carapinheiro, 2005).

A colaboração do doente para o bom funcionamento do tratamento é feita fundamentalmente pelos enfermeiros, através do accionamento de uma rede informal de informações. O CI muda a relação entre o enfermeiro e o doente, traduzindo-se no reconhecer, respeitar e defender a capacidade do doente para pensar, decidir e agir de forma activa sobre os cuidados de enfermagem que lhe são propostos e na escolha da decisão a tomar. O doente deve assim, ser visto como uma pessoa autónoma e com o direito a ser informado sobre tudo o que se pretende fazer-lhe. Os enfermeiros devem-se assegurar que os seus pacientes entenderam o C.I, devendo utilizar estratégias de comunicação para possibilitar que esta se realize da melhor forma. (Meade, 1999)

São muitos os factores que têm impacto na compreensão do C.I, tais como: educação, métodos de apresentação da informação, nível do vocabulário, idade, ferramentas literárias, diferenças culturais de compreensão. Adicionalmente há outros factores tais

como o impacto emocional de uma doença oncológica, factores económicos, psicossociais e familiares. Desta forma, é crucial pensar qual vai ser a participação dos enfermeiros na informação no C.I (Taylor, 1999)

Diferentes estudos (Leino – Kilpi et al, Scott, Taylor, et al Valimaki *et al*) dão grande ênfase ao papel das enfermeiras na informação durante o C.I. relevando que as decisões dos pacientes dependem das informações dadas pelas enfermeiras. As decisões dos doentes durante o seu internamento dependem na informação dada pelas enfermeiras e da sua contribuição no processo de C.I (Rouhangiz Mahjoub *et al.*, 2009)

As enfermeiras devem assumir um papel no C.I, tendo mais tempo para reforçar a informação e a forma como os doentes entendem os procedimentos. Deverão assumir um papel de mediadores e facilitadores na relação médico/ doente contribuindo para a capacitação do doente e C.I. Um estudo realizado por Sunhee Lee *et al.* (2010) conclui que os doentes cirúrgicos dão grande importância ao papel dos enfermeiros no processo de C.I

Outros estudos (Chryssoula Lemonidou et al, 2007) reforçam o papel dos enfermeiros no C.I, dando grande relevo à autonomia, privacidade no C.I nas intervenções de enfermagem. No mesmo sentido Tschudin (2007) sublinha que nas várias funções/ papéis que os enfermeiros devem desenvolver a nível ético inclui vários aspectos tais como: advogado do doente, confidencialidade e C.I.

Desta forma, e para concluir entendemos que o enfermeiro deve contar com o consentimento informado nos cuidados que realiza. Como muitos dos cuidados de enfermagem se repetem diariamente ao mesmo doente, como é o caso dos cuidados de higiene e conforto, estas ações não necessitam de um consentimento formal diário, sendo legítimo o enfermeiro presumir o consentimento. No entanto, deve ser ressalvado

ainda que o consentimento, quando preliminarmente recolhido para uma dada acção, o foi dentro de determinada situação.

Por outro lado entendemos que o enfermeiro deve assumir um papel cada vez mais preponderante na prática do consentimento informado. O enfermeiro, num clima de segurança, com tempo suficiente, é capaz de detectar e suprimir lacunas de informação e, sempre que possível, deve completar a informação e esclarecer as dúvidas necessárias numa verdadeira relação de confiança. O enfermeiro pode certificar-se se o consentimento é livre, ou está sujeito a fatores que interferem no exercício da liberdade. Importante sublinhar que para que esta situação ocorra o enfermeiro deve ser envolvido em todo o processo numa verdadeira relação de parceria e confiança com o médico.

O desafio para os enfermeiros e para os restantes profissionais de saúde aponta no sentido de equacionar o direito do doente de receber cuidados com o estímulo e a compreensão da responsabilidade crescente com a sua própria saúde.

Os enfermeiros, no contacto com o doente, devem estar atentos aos seus pedidos, considerando-o como um ser único, respeitando a sua individualidade. Estes devem ter em atenção que o conhecimento compreensivo necessário para o julgamento clínico ético se desenvolve através da participação (partilha) onde os profissionais se esforçam por compreender o que significa o cuidado prestado para o doente. Tendo presente a noção de pessoa, devemos refletir sobre o cuidar, perspectivando o doente como ponto central do exercício da profissão de enfermagem.

3.1 Trabalho em equipa

A equipa de saúde, isto é, os profissionais de saúde, tem características e preocupações em comum. Somos educados a fazer um distanciamento dos doentes a nível emocional. Afirmo Goldman (2008): *“Ver o sofrimento de uma pessoa – de alguém gravemente doente, por exemplo – de uma maneira objetiva, clinicamente desprendida, sem uma relação pessoal (a estratégia típica dos profissionais de saúde) ”*.

O saber ouvir, considerado por muitos como pura perda de tempo, tem um papel muito importante para o bem-estar do doente. Descobriu-se que saber ouvir é o que distingue os melhores gestores, professores e líderes. Não se limitam apenas a dedicar tempo a ouvir, mas a sintonizarem-se com os sentimentos dos outros.

Deveria existir, integrado nos hospitais, um gabinete de apoio psicológico para os profissionais de saúde, como uma prática quotidiana, e por vezes até obrigatória. Tem de ser *“gente”* saudável a tratar de *“gente”* doente e não *“gente doente”* a tratar de *“gente doente”*. Segundo Pessini e Barchifontaine (2006), é necessário estimular e incentivar o diálogo entre os profissionais de saúde: *“...precisam dialogar e aprender com os outros, na busca da verdade enaltecida da dignidade humana”*.

Os enfermeiros fazendo parte da equipa multidisciplinar no cuidado aos doentes, têm objetivos e ações muito importantes e fulcrais no exercício da sua profissão. Os enfermeiros têm uma palavra e uma ação muito particulares, quer pela abordagem holística que desenvolvem na sua atuação enquanto profissionais, quer pela maior presença física junto dos doentes.

No trabalho em equipa é fundamental o respeito e uma generosa dose de coragem ética. Importa salientar que, para os enfermeiros, o trabalho em equipa é extrema importância para garantia de um consentimento livre e, mais importante esclarecido.

A natureza do trabalho em equipa exige que cada um compreenda o seu papel e todos percebam que trabalham para atingir uma determinada finalidade ou resultado concreto. Mas “ tal como uma orquestra, qualquer músico assume a responsabilidade de acordo com o que lhe exige a partitura, e o maestro que coordena não é o que melhor sabe tocar, mas a performance menos boa de um repercute-se na qualidade do conjunto. (Mendo, 1999) As relações inter profissionais na equipa de saúde têm por base: a organização, a comunicação e o poder (autoridade), sendo a partir deles que se geram conflitos ou que, pelo contrário, se estabelece uma dinâmica eficaz que contribui para a eficiência da assistência produzida em determinada unidade de saúde.

Ulrich (2010) defende a necessidade de se prestarem cuidados de saúde ao doente em equipa. Muitos autores apontam para que as profissões integradas na equipa de saúde se subordinem ao poder médico. Este poder assenta na autoridade profissional que os médicos usufruem pela detenção dos saberes e competências centrais para a produção de cuidados subordinados todas as profissões que lhe estão relacionadas ou que lhe estão adjacentes mantendo-as no estatuto de paramédicos, o que se concretiza através dos três modos de dominação: subordinação, limitação e exclusão. (Carapinheiro, 2005).

Muitos autores entre eles Muelher (2005) consideram fundamental o trabalho em equipa no C.I, através da partilha da informação e de uma boa articulação desta e dos profissionais para o bem do doente. É neste sentido, e de forma a garantir que o doente, que perante a doença está sempre vulnerável, recebe a informação de forma e no tempo adequado, que defendemos que deve ser reequacionada a participação dos enfermeiros no processo de C.I.

A relação entre estes dois grupos profissionais não é linear, havendo conflitos pelo facto de partilharem o mesmo campo de trabalho. Durante muitos anos, conviveram de uma forma diplomática, de cooperação mútua e de respeito.

Muita da literatura de ética clínica salienta os conflitos existentes entre os médicos e enfermeiras. Tendo sido realizado um estudo onde se levanta estes conflitos e as implicações na prática do cuidar do doente, neste estudo Alice Gaudine *et al.* (2011) foi levantado temas dos principais ou mais relevantes conflitos dos quais se destacam:

1. desacordo acerca das decisões ou opções de tratamento;
2. pacientes terminais que não recebem cuidados com qualidade;
3. paciente/ família sem informação
4. e o não respeito pelos desejos do doente.

Brajtman (2011) realçam e confirmam através do estudo realizado da importância do trabalho em equipa para um bom cuidado ao doente. Salientam a importância da comunicação entre a equipa e a boa gestão de conflitos. E de uma decisão conjunta entre os vários profissionais de saúde. Consideram as relações interpessoais essenciais para os bons cuidados prestados aos doentes (Clark, Cott e Drinka, 2011)

A responsabilidade de informar o doente é da competência do médico. Contudo a equipa de saúde é multidisciplinar e em certas ocasiões é oportuno que seja o enfermeiro a esclarecer dúvidas, desde que dentro da equipa exista diálogo, de modo a evitar informações ambíguas e motivadoras de descrédito para a equipa. (Olga Almeida, 2007)

4 – Enquadramento legal

Na legislação mencionada, diferentes instrumentos jurídicos suportam a necessidade de obter consentimento livre e esclarecido (Dias Pereira, 2004).

A Constituição da República no seu Art. 25.º sobre o Direito à integridade pessoal, afirma: *“A integridade moral e física das pessoas é inviolável.”*

O dever de esclarecimento tem como suporte legal: no Código Penal, no Art. 157º , consagra o dever de esclarecimento: *“Para efeito do disposto no artigo anterior, o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica.”*

Também o Art. 156º, afirma sobre Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários.

As pessoas indicadas no artigo 150º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa.

Mesmo que a equipa de saúde, consoante a natureza do tratamento ou dos cuidados discorde da opinião expressa pelo doente, deve respeitá-la, uma vez que existe legislação em vigor muito clara a esse respeito (expresso até no Código Penal, como se expõe na secção 10 do Capítulo VI).

Também, a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, retificada em Portugal e por isso lei no nosso país consagra no seu art. 10º, nº2 que: *“Qualquer pessoa tem o direito de conhecer toda a informação recolhida sobre a sua saúde. Todavia, a vontade expressa por uma pessoa de não ser informada deve ser respeitada.”*

No Código Civil, o Art. 70º (Tutela geral da personalidade) e o Art. 340º (Consentimento do lesado) consagram respectivamente:

1. A lei protege os indivíduos contra qualquer ofensa ilícita ou ameaça de ofensa à sua personalidade física ou moral.

1. O acto lesivo dos direitos de outrem é lícito, desde que este tenha consentido na lesão.

No Estatuto dos utentes da Lei de Bases da Saúde, Base XIV, este direito é consignado através do:

1. Os utentes têm direito a:

b) Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei.

A capacidade para consentir é um dos pilares sobre que assenta o C.I. (ERS, 2009). Se o paciente tiver capacidade de entendimento e discernimento para tomar decisões relativamente ao tratamento proposto, deverá ser somente ele o titular do direito a ser esclarecido e a dar o seu aval para consentir.

O problema surge quando as pessoas adultas não têm a capacidade de entendimento ou discernimento para tomar uma decisão médica. Remetendo-nos para a Lei de Bases da

saúde, na sua Base XIV, onde a própria lei define as condições em que os representantes legais de incapazes podem exercer os direitos destes: “ 3 – *Relativamente a menores e incapazes, a lei deve prever as condições em que os seus representantes legais podem exercer os direitos que lhe cabem, designadamente o de recusarem a assistência, com observância dos princípios constitucionalmente definidos*”.

A Convenção Europeia dos Direitos do Homem e da Biomedicina, o Direito nacional no artº 6º, nº 3 e na Declaração dos Direitos dos Pacientes protegem o paciente incapaz através do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei. Este tema será mais explanado no capítulo dos procurador de cuidados.

É importante dar um relevo especial às situações em que não é possível obter o Consentimento Informado, livre e esclarecido do sujeito. Existem três situações:

1 - A situação de urgência

2 - Quando o doente se encontra temporariamente incompetente (por exemplo, durante uma intervenção cirúrgica) tendo apenas dado o seu consentimento para determinado acto: mediante uma complicação da sua condição, pode o doente, segundo Antunes (1998) “ *...ver a sua situação agravada pela não obtenção do consentimento para uma intervenção adicional, [sendo] igualmente legítima a presunção do consentimento*”;

3- Os menores de idade

4- Pessoas com anomalia psíquica

5- Pessoas incapazes por anomalias ou por interdição.

A Direção Geral de Saúde, através da *Circular Informativa da DGS n.º 15/DSPCS, de 23-03-98*, recomendou a utilização de formulários escritos, em especial quando estejam em causa intervenções médicas, de diagnóstico ou cirúrgicas, que impliquem um risco

sério para a vida ou a saúde do doente. Guilherme de Oliveira (2006) alerta para: “ (...) *a Direção Clínica do Hospital ou do Serviço exija a utilização dos formulários de consentimento informado, o médico tem o dever de serviço de cumprir esta formalidade.*” Neste caso, o consentimento deve ser prestado por escrito – não por força de uma lei, mas por força de uma ordem hierárquica.

Nas situações de urgência, os profissionais devem recorrer à figura do consentimento presumido, uma vez que não é possível obter o consentimento do doente em tempo útil, o que implica que o profissional de saúde aja segundo o princípio da beneficência. *Os princípios do consentimento presumido (máxime, o respeito pela vontade hipotético – conjectural) devem, pois, ser respeitados (...)* “ (ERS, 2009)

Nos tratamentos em situações de urgência o seu enquadramento jurídico a nível nacional, pode ser alicerçado a partir de vários documentos.

A nível de documentos legais o Código Penal, no Art. 156.º, nas alíneas 1 e 2 considera: “*Quando ocorrem situações imprevistas o consentimento é dispensado quando o alargamento da intervenção servir como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde do doente (art. 156.º, n.º 2, al. b) CPen).*”

Também a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, no seu Artigo 8.º (Situações de urgência) consagra que: “*Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa.*”

Desta forma, situação de urgência está legalmente consignada a possibilidade de realização de um tratamento a um doente incapaz de dar o seu consentimento. Guilherme de Oliveira (2005) considera que: “ (...) *os médicos devem prestar os*

tratamentos médicos adequados e que sejam imediatamente necessário para salvar a vida ou evitar uma grave deterioração da saúde do paciente.”

No entanto, o paciente deve ser informado o mais brevemente possível acerca das intervenções levadas a cabo e deve ser pedido consentimento para ulteriores cuidados e tratamentos médicos. A finalidade de salvar a vida resulta do acto de consentimento informado, não sendo porém válido a utilização deste regime especial para intervenções consideradas desnecessárias e irreversíveis; estas não podem ser realizadas numa situação de urgência, sem consentimento informado.

“9. Em situações de extrema urgência com risco de vida em que o paciente não possa manifestar o seu consentimento é o mesmo dispensado, prevalecendo o dever de agir decorrente do Princípio da beneficência consagrado na ética médica.”

Também o Parecer 46/CNECV/05 – sobre objeção ao uso de sangue e derivados para fins terapêuticos por motivos religiosos aconselha sobre esta matéria.

O adulto deve ser considerado competente para decidir. De acordo com o nosso normativo jurídico, a partir dos 14 anos está preenchido este requisito. Porém, do ponto de vista ético, o indivíduo deverá estar consciente, mentalmente competente e não ser sujeito a qualquer tipo de coerção que influencie a sua decisão.

4.1 – O Consentimento Informado na Relação Clínica em Situação Terapêutica

Hoje, alguns documentos intitulados “consentimento informado”, não passam de simples protocolos entre doentes e profissionais de saúde, resultantes de uma medicina “defensiva” em que o clínico procura evitar questões legais decorrentes de qualquer

processo clínico que não se tenha desenvolvido de forma esperada. É assim comum que o consentimento seja unicamente dado por uma assinatura, constituindo exclusivamente um acto de aceitação/imposição e não de informação.

Os doentes assinam um documento em que aceitam o proposto, sem saberem exactamente do que se trata, nem que outras alternativas se poderiam colocar. A competência do indivíduo para compreender o que está a aceitar também não é frequentemente considerada. Ao que hoje ainda se assiste é a uma fixação no paradigma tradicional em que o médico manda, proíbe, tira e acrescenta, comunicando precariamente com o indivíduo são ou doente. (Olga Almeida, 2007) É de salientar a importância de uma informação esclarecida e de um consentimento claro, preferivelmente escrito, em todos os procedimentos médicos, nomeadamente invasivos (Revista Ordem dos Médicos, 2011).

Segundo Segre e Guz (2004), caso o uso do termo de consentimento venha a ser implantado para procedimentos médico-cirúrgicos, trata-se de uma consolidação da decadência do relacionamento profissional de saúde- doente que, para ser eficaz em termos terapêuticos, precisa ser de parceria e confiança recíprocos.

Além disso, como todos os instrumentos legais, o termo de consentimento informado será passível de interpretações e, não resolverá todas as divergências referentes a um relacionamento tão decisivo, como médico-paciente.

Segundo o Código Deontológico da Ordem dos Médicos o médico que aceite o encargo ou tenha o dever de atender um doente obriga-se por esse facto à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance, agindo com correção e delicadeza, no exclusivo intuito de promover ou restituir a saúde, suavizar os sofrimentos e prolongar a vida, no pleno respeito pela dignidade do Ser Humano.

O médico “ (...) *deve procurar esclarecer o doente, a família ou quem legalmente o represente, acerca dos métodos de diagnóstico ou de terapêutica que pretende aplicar. No caso de crianças ou incapazes o Médico procurará respeitar na medida do possível, as opções do doente, de acordo com a capacidade de discernimento que lhes reconhecer, actuando sempre em consciência na defesa dos interesses do doente (...)* ”.Artigo 38º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos. Este deve ter sempre presente que “*o prognóstico e o diagnóstico devem ser revelados ao doente, salvo, se o Médico, por motivos que em sua consciência julgue ponderosos, entender não o dever fazer (...)* ”, como no caso de “*(...) prognóstico fatal, só podendo ser revelado ao doente com as precauções aconselhadas pelo exacto conhecimento do seu temperamento, das condições específicas e da sua índole moral, mas em regra deve ser revelado ao familiar mais próximo que o Médico considere indicado (a não ser que o doente tenha previamente proibido ou tenha indicado outras pessoas a quem a revelação deva ser feita)* ” (Artigo 40º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos.)

O doente tem o direito de mudar de médico de família tem um contorno básico de confiança donde podem crescer a autonomia e a liberdade do paciente, aceitando a limitação e a vulnerabilidade que comporta a doença e reconhecendo que, muitas vezes, a medicina (...) toca o papel paliativo e de acompanhamento, não só de curar. (Villanueva, 2004).

No exercício normal da sua profissão, assenta nos seguintes princípios: autorização legal para o exercício da medicina; consentimento informado; estado de necessidade e o fim curativo. (Esperança Pina, 2003)

“ *A falta de tempo do médico, as suas dúvidas acerca das diferentes alternativas, a complexidade dos tratamentos a explicar, contam-se ainda entre os fatores que*

dificultam a informação.” (Esperança Pina, 12003). Acrescentando que o C.I dado pelo doente poderá ser feito de três maneiras: oral, escrito e escrito e testemunhado. O C.I oral é suficiente nas entidades nosológicas simples. Escrito deve adoptar-se aos exames complementares de diagnóstico e para a administração de terapêutica cirúrgica. E o escrito e testemunhado deve realizar-se em casos de alto risco, devendo as testemunhas, que não sejam familiares, nem relacionadas com o doente, confirmar que o consentimento foi dado em perfeita liberdade, sem coação.(Esperança Pina, 2003).

4.1.1 Diretrizes do C.I nos doentes adultos incapazes e nas doenças mentais

De acordo com o nosso normativo jurídico, qualquer pessoa a partir dos 14 anos é considerado competente para decidir. Porém, do ponto de vista ético, o indivíduo deverá estar consciente, mentalmente competente e não ser sujeito a qualquer tipo de coerção que influencie a sua decisão.

Segundo Antunes (1998): “... *podemos afirmar que, no exercício clínico, esta necessidade de determinação do nível de competência é fundamental, acima de tudo para proteger os pacientes contra decisões que possam tomar e que não sejam no seu melhor interesse*”. Nos cuidados de saúde, o julgamento sobre a competência de uma pessoa distingue as pessoas cujas decisões deverão ser respeitadas, daqueles que necessitam de um representante que substitua a sua vontade (legítimo representante). A competência envolve diversos graus, sendo fundamental determinar a capacidade no plano cognitivo para tomar uma decisão.

Existe diferente legislação nesta área, o Código Civil, no seu Artigo 142º sobre Providências provisórias, afirma que:

- 1. Em qualquer altura do processo pode ser nomeado um tutor provisório que celebre em nome do interditando, com autorização do tribunal, os actos cujo adiamento possa causar-lhe prejuízo.*
- 2. Pode também ser decretada a interdição provisória, se houver necessidade urgente de providenciar quanto à pessoa e bens do interditando.*

Na Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (CDHBio), Artigo 6.º sobre *Proteção das pessoas que careçam de capacidade para prestar o seu consentimento* declara que:

3 - Sempre que, nos termos da lei, um maior careça, em virtude de deficiência mental, de doença ou por motivo similar, de capacidade para consentir numa intervenção, esta não poderá ser efetuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei.

A pessoa em causa deve, na medida do possível, participar no processo de autorização.

Já o Artigo 9.º sobre a vontade anteriormente manifestada consagra que: “A vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta”.

Guilherme de Oliveira (2006) defende que: “ (...) Quando se está perante um paciente incapaz para consentir e a intervenção não é urgente, o Ministério Público, que é o representante geral dos incapazes, deve dar início a um processo de tutela e à nomeação de um curador provisório, nos termos do art. 142º. O tutor provisório dará o consentimento informado em vez do incapaz”..Guilherme de Oliveira e Julien Meyer et al (2006) defendem que quando não se pode aguardar para promover a tutela, mesmo provisória, o médico deve tentar conhecer a vontade presumida do paciente, com base nas informações disponíveis, incluindo os dados que a família fornecer, e agir de acordo

com ela. A pessoa incapaz para consentir deve, na medida do possível, participar no processo de autorização (art. 6º, n.º 3 da CDHBio); e devem ser tidos em consideração os testamentos de paciente e a nomeação dos procuradores de cuidados de saúde (art. 9º da CDHBio).

A Lei n.º 46/2004, de 19 de Agosto, aprova o regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano.

Na prática clínica, a competência decisional relaciona-se com a capacidade de exercício da autodeterminação do agente. Importa referir que a incompetência pode ser devida a uma causa reversível como, por exemplo, dor ou medicação. Aqui o objetivo deve ser restituir ao paciente a capacidade necessária para tomar decisão.

A competência é reversível e pode variar flutuar no tempo, isto é, ao longo da nossa vida de adultos, a maioria já foi transitoriamente incompetente, principalmente em situações de sono ou quando atingido por uma forte dor.

Há outros tipos de incompetência transitória, como no caso dos alcoólicos ou toxicodependentes ou pessoas com doenças neurológica como Parkinson ou Alzheimer. Pessoas com anomalia psíquica não podem dar o seu consentimento válido: nesta situação e na ausência de representantes legais, segundo Antunes (1998) “ ... o profissional de saúde deverá agir de acordo com o melhor interesse do paciente. Sempre que possível, as decisões deverão ser tomadas atendendo às preferências do paciente. Caso não exista este conhecimento, então a decisão deverá ser sempre em favor da preservação da vida melhor.”

Pessoas incapazes por anomalias ou por interdição: que demonstram impossibilidade de governar as suas pessoas ou bens, ficando equiparados aos menores dependente de tutores.

4.1.2 - Diretrizes do Consentimento informado na criança

No caso das crianças, no que diz respeito à compreensão, deve-se, além da autorização dos pais ou familiares mais próximos ou responsáveis legais, obter também o consentimento, ou melhor, o assentimento, para a participação da própria criança.

A Convenção dos Direitos do Homem e Biomedecina defende que a opinião do menor deve ser tida em consideração, em proporção à sua idade e grau de maturidade. É legítimo, e eticamente desejável, que o adolescente que tenha capacidade de discernimento seja envolvido no processo de tomada de decisão. Aos pais é reservada a tarefa de partilhar a decisão do consentimento com o seu filho.

Os menores de idade: estes são geralmente considerados incapazes de dar um consentimento válido, sendo os pais ou tutores que dão o consentimento para tratamentos médicos. No entanto, segundo Antunes (2012), “...*nos últimos anos, este poder discricionário tem sido questionado, nomeadamente quando se põe em risco a vida da própria criança.*”. É certamente o caso das testemunhas de Jeová, em que o médico pode requerer judicialmente que seja temporariamente suspenso o poder paternal. No código penal art.º 38 – 3, quem tiver mais de 14 anos e possuir o discernimento necessário, pode dar o seu consentimento informado.

A ausência de informação quer por parte dos profissionais de saúde, quer por parte da própria família é muitas vezes um factor psicologicamente difícil para as crianças. De acordo com Biscaia (2005): “...*o que as crianças mais velhas desejam é que os adultos as não encerrem num muro de silêncios comprometidos e as mantenham ao corrente do que se passa e do que irá acontecer*”. Michelle et al (2011): consideram de extrema importância a boa comunicação com a família e com a criança sendo fundamental para a adesão ao tratamento da criança no caso de doença oncológica. Apesar de não haver informação, as crianças estão atentas aos vários sinais e indícios apreendidos que vão do

silêncio às meias palavras. É fundamental que se fale abertamente em equipa de saúde: a equipa de saúde, a família e a criança doente, sobre a sua situação desta, de forma a minorar o sofrimento de ambas as partes (criança e família) e assim poder ajudar, numa base de verdade e confiança. Concordo com a afirmação de Biscaia (2005): *“...quando uma criança gravemente doente pode falar livremente com um adulto atento que a trata como igual, aborda com realismo o problema da sua morte e assim o liberta”*.

Nestes casos específicos o C.I está sustentado nos diferentes códigos:

O Código Penal, no seu Artigo 38º (Consentimento) afirma que: *“3 - O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 14 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta.”*

No Código Civil, no Artigo 1878º que legisla o conteúdo do poder paternal sustenta que: *“1. Compete aos pais, no interesse dos filhos, velar pela segurança e saúde destes, prover ao seu sustento, dirigir a sua educação, representá-los, ainda que nascituros, e administrar os seus bens.*

2. Os filhos devem obediência aos pais; estes, porém, de acordo com a maturidade dos filhos, devem ter em conta a sua opinião nos assuntos familiares importantes e reconhecer-lhes autonomia na organização da própria vida.”

Já no seu Artigo 1918º (Perigo para a segurança, saúde, formação moral e educação do filho) o código civil prevê que: *“Quando a segurança, a saúde, a formação moral ou a educação de um menor se encontrem em perigo e não seja caso de inibição do exercício do poder paternal, pode o tribunal, a requerimento do Ministério Público ou de qualquer das pessoas indicadas no nº 1 do artigo 1915º, decretar as providências adequadas, designadamente confiá-lo a terceira pessoa ou a estabelecimento de educação ou assistência.”*

Também como nos casos anteriormente mencionados a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, no seu Artigo 6.º sobre a Proteção das pessoas que careçam de capacidade para prestar o seu consentimento, consigna que:” (...)2 - *Sempre que, nos termos da lei, um menor careça de capacidade para consentir numa intervenção, esta não poderá ser efetuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei.*

A opinião do menor é tomada em consideração como um factor cada vez mais determinante, em função da sua idade e do seu grau de maturidade.

Juridicamente as crianças e os jovens não têm capacidade para consentir, estando sujeitos ao poder paternal, sendo estes que deverão dar o consentimento para as intervenções.”

Ambos os documentos concordam com a opinião do menor deve ser tanto mais determinante quanto mais próximo dos 18 anos ele estiver. Segundo este regime, em alguns casos pode reconhecer-se que o menor tem um direito de veto.

A Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo no seu artigo Artigo 91.º, no que concerne aos procedimentos urgentes na ausência do consentimento): “1 - *Quando exista perigo actual ou iminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem e haja oposição dos detentores do poder paternal ou de quem tenha a guarda de facto, qualquer das entidades referidas no artigo 7.º ou as comissões de proteção tomam as medidas adequadas para a sua proteção imediata e solicitam a intervenção do tribunal ou das entidades policiais.”*

Relativamente aos procedimentos judiciais urgentes, a mesma lei no seu artigo 92º considera que: “1 - *O tribunal, a requerimento do Ministério Público, quando lhe sejam comunicadas as situações referidas no artigo anterior, profere decisão provisória, no prazo de quarenta e oito horas, confirmando as providências tomadas para a imediata*

proteção da criança ou do jovem, aplicando qualquer uma das medidas previstas no artigo 35.º ou determinando o que tiver por conveniente relativamente ao destino da criança ou do jovem.”

A liberdade para consentir uma intervenção no domínio da saúde está sempre condicionada ao estado de saúde do paciente. Este encontra-se, em relação à equipa de saúde, numa situação de inferioridade, e até de dependência. Falta-lhe poder negocial, por isso, o consentimento é sempre um processo desequilibrado. É neste contexto que ganha particular relevância o diálogo e aliança terapêutica, possibilitadores de uma relação de confiança pessoal diminuída até certo modo, a condição de inferioridade do doente; tentando maximizar a sua dignidade e autodeterminação, proporcionando-lhe um consentimento ponderado e livremente confiante.

Deste modo, e como referido anteriormente, o profissional terá de fazer um esforço suplementar para ser realmente entendido pelo doente, uma vez que existe uma diferença essencial entre escutar e ouvir. Se o utente conseguir repetir corretamente o que ouviu, utilizando as suas próprias palavras para o fazer, então provavelmente terá entendido o que lhe foi dito e explicado, tomando a decisão mais adequada ao seu caso. A relação médico/doente é, e sempre será, o diálogo de duas pessoas que podem não se conhecer até aí, mas que nesse diálogo e nesse instante se reúnem na intenção de salvaguarda de uma só saúde e de uma só vida. *“Mas a construção desta relação, rápida ou demorada, tem de fazer-se na base de algumas regras de ética das quais a primeira é o « ... entendimento e a compreensão que entre ambos deve existir ...». Mas há uma terceira regra que « ... tem a ver com a verdade profissional que poderá subdividir-se na avaliação competente da doença, que é a verdade principal, e no*

direito à informação daquilo que lhe diz respeito.»”(Ribeiro da Silva, 2002). O CI surge como consequência (lógica) do estabelecimento de uma relação médico/doente com verdade. Provavelmente emergirão questões de ordem moral, ética e deontológica, que apenas serão esclarecidas se refletirmos sobre elas. Pô-las de lado e esquecer-las não poderá ser a solução.

O CI contém duas grandes linhas de orientação: o respeito pela liberdade da pessoa e a promoção do seu bem. Estas linhas de orientação incentivam claramente o exercício da responsabilidade individual. Para além disso, o CI é um elemento característico do actual exercício da Medicina, não sendo apenas uma doutrina legal, mas um direito moral dos pacientes que gera obrigações morais para os médicos. Jorge Biscaia (2003) salienta que o Consentimento Informado “ *...deve ser a pedra mestra do exercício da medicina quando se entende este exercício como uma resposta personalizada e relacional, feita em simultâneo de técnica, de solicitude, de respeito ao apelo daquele outro a quem a doença, a dor, o sofrimento ou a proximidade da morte colocaram num estado de angústia e de solidão*”.

Parte II – Investigação Qualitativa

Capítulo I - Conceptualização e Metodologia da Investigação

1 - Enquadramento da Investigação

1.1 – Fundamentação do Método

O estudo realizado é um estudo exploratório descritivo, com uma metodologia qualitativa, parecendo-me esta a mais indicada tendo em conta o facto de o tema ser pouco explorado, tornando-se difícil formular hipóteses precisas e operacionais. Segundo António Gil (1995), *“as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (...)”*.

Sendo a abordagem utilizada descritiva, analiso um fenómeno delimitado e circunscrito. O seu foco é a compreensão das respostas globais dos médicos, enfermeiros, doentes e família, e como defende António Gil (1995), *“as pesquisas descritivas acabam servindo para proporcionar uma nova visão do problema (...) e são juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a actuação prática”*.

Descrevo o fenómeno através do significado que os sujeitos do estudo dão às experiências vivenciadas, em relação ao Consentimento Informado.

Dado que o objetivo deste estudo é «conhecer o entendimento dos médicos, dos enfermeiros, dos doentes e da família, em relação ao Consentimento Informado, a partir dos relatos por eles efetuados», a metodologia qualitativa foi a escolhida para a questão de investigação, por se pretender conhecer os fenómenos humanos.

A metodologia qualitativa será a mais adequada à questão de investigação, cujo fulcro são as expectativas, porque pretendo conhecer os fenómenos humanos, isto é, as expectativas, e de acordo com António Gil (1995): *“O comportamento humano é complexo e consequentemente (...) os fenómenos humanos não podem ser quantificados com o mesmo grau de precisão das ciências naturais (...)”*.

A investigação qualitativa identifica as características e o significado das experiências humanas como descritas pelos sujeitos e interpretadas pelo investigador em vários níveis de abstração.

Bogdan e Biklen (1994) apresentam cinco características básicas para a pesquisa qualitativa:

1. A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como a sua fonte directa dos dados e o pesquisador como o seu principal instrumento;

2. Os dados colectados são predominantemente descritivos;
3. A preocupação com o processo é muito maior do que com o produto;
4. O «significado» que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos de atenção especial pelo pesquisador. Nesses estudos, há sempre uma tentativa de capturar a «perspectiva dos participantes», isto é, a maneira como os informantes encaram as questões focalizadas;
5. A análise dos dados tende a seguir um processo indutivo.

1.2 – Amostra

Trata-se de um estudo exploratório: os dados dizem respeito a fenómenos pouco estudados e o que se pretende é compreender e descrever, pelo que a amostra não foi selecionada aleatoriamente. Utilizei o método de amostragem de conveniência. Tal como sustentam Hermano Carmo e Manuela Ferreira (2008): “ utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível (....) ”. Foram incluídas na amostra os médicos, os enfermeiros, os doentes e as respectivas famílias, que aceitassem participar no estudo, no período de Julho de 2006 a Janeiro de 2007. “ Poderá tratar-se de um estudo exploratório cujos resultados obviamente não podem ser generalizados à população à qual pertence o grupo de conveniência, mas a partir do qual se poderão obter informações preciosas (...) ”.

Utilizei os seguintes critérios na seleção da amostra:

1. Médicos do Hospital Santa Maria (hospital público);
2. Médicos do Hospital Particular de Lisboa (hospital privado);
3. Médicos que na prática clínica necessitassem de pedir o consentimento informado ao doente;
4. Médicos, enfermeiros, doentes e família que aceitassem participar no estudo e autorizassem a gravação sonora da entrevista.

A todos os participantes foi explicado o objetivo do estudo e feito o convite de participação no trabalho, razão pela qual o dei por concluído quando obtive as respostas dos 120 entrevistados e considereei que tinha uma constituição de um *corpus* onde se teve em atenção: a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência.

Este número de sujeitos não foi definido *a priori*, tendo-se seguido critérios de amostragem para garantir a validade do estudo.

Dado o objectivo da metodologia adotada não ser a quantidade e extensão dos resultados, mas sim compreender a experiência individual de cada sujeito, a amostragem para este estudo pareceu-me adequada.

O estudo decorreu em dois contextos: num hospital privado (HPL) e noutro público (Hospital de Santa Maria).

Quadro 1
GRUPOS E NÚMERO DE ELEMENTOS QUE CONSTITUEM A AMOSTRA

	H.S.M	H.P.L	TOTAL
MÉDICOS	15	15	30
ENFERMEIROS	15	15	30
DOENTES	15	15	30
FAMÍLIA	15	15	30
TOTAL	60	60	120

1.3 – Instrumento de colheita de dados

Como método de recolha de dados, utilizei a entrevista pelo facto de constituir a técnica mais adequada para obter informação sobre assuntos complexos e emocionalmente densos, permitindo à pessoa exprimir ou descrever comportamentos.

Optei por uma entrevista semiestruturada, em que se lança questões sobre o tema a estudar, deixando o entrevistado falar livremente.

Utilizei a experiência adquirida ao longo da realização da tese de mestrado, neste tipo de entrevistas. Contudo, senti necessidade de apoio tendo por esse facto solicitado a colaboração do Mestre Patrícia Alves para a realização das entrevistas de forma mais apropriada.

Antes do início da realização das entrevistas, foi pedida a respectiva autorização ao Conselho de Administração do Hospital Santa Maria (Anexo 1) e ao Hospital Particular de Lisboa (Anexo 2), explicitando os objetivos deste estudo e os critérios que serviram de base para a seleção da amostra, tendo a autorização sido concedida.

Os entrevistados foram informados previamente dos objetivos do estudo. Foi solicitada a autorização a cada entrevistado para a gravação das entrevistas e garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos.

O instrumento de colheita de dados foi aplicado respectivamente a um número de dois elementos por grupo de: médico, enfermeiros, família e doentes, para testar a validade das entrevistas (pré – teste), tendo sido posteriormente reavaliado pela Mestre Patrícia Alves e pelo Prof. Lobo Antunes.

Tendo o processo sido alterado, de forma a se obter as respostas mais adequadas ao estudo e à população abrangida, foi então realizado um novo pré-teste, aplicado a um par de médicos, enfermeiros, famílias e doentes, para novamente se testar a validade das entrevistas. A Mestre Patrícia Alves reavaliou o instrumento de colheita de dados, tendo considerado adequado.

Elaborarei um guião para cada grupo: médicos, enfermeiros, doentes e família (Anexos: 3, 4, 5 e 6) que contém as propostas e orientações, aquando das entrevistas, de modo a evitar influenciar ou orientar a forma de pensar dos entrevistados.

O instrumento de dados foi aplicado a oito entrevistados, para testar a validade das entrevistas.

O instrumento de colheita de dados é constituído por duas partes:

Uma primeira parte, onde se caracteriza os sujeitos do estudo, em relação a:

- ⇒ Sexo
- ⇒ Idade
- ⇒ Especialidade (no caso dos médicos)
- ⇒ Experiência profissional (no caso dos médicos e enfermeiros)
- ⇒ Profissão (no caso dos doentes e família)
- ⇒ Escolaridade
- ⇒ Grau de parentesco (no caso de elemento da família)

A entrevista deverá ser realizada quando se tiver criado um ambiente favorável, devendo as perguntas mais delicadas ser colocadas no momento oportuno.

Assim, com esta 1ª parte, pretende-se deixar os sujeitos deste universo confortáveis.

Na 2ª parte, o guião da entrevista consta das questões a colocar:

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º _____ Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

- ♦ Sexo: Feminino _____ Masculino: _____
- ♦ Idade: _____
- ♦ Especialidade:
- ♦ N.º de anos de experiência profissional? _____

Questões para a entrevista:

- 1 – O que é para si o Consentimento Informado?
- 2- Concorda com a obrigatoriedade do Consentimento Informado?
- 3 – Quem deve proceder à aplicação do Consentimento Informado?
- 4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do Consentimento Informado?
- 5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?
- 6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o Consentimento Informado?
- 7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.
- 8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no Consentimento Informado aos doentes?

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º _____ Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

- ♦ Sexo: Feminino _____ Masculino: _____
- Idade: _____
- ♦ Categoria profissional:
- ♦ N.º de anos de experiência profissional? _____

Questões para a entrevista:

- 1 - O que é para si o Consentimento Informado?
- 2 - Quem deve proceder à aplicação do Consentimento Informado?
- 3 – Na sua opinião, qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do Consentimento Informado aos doentes?
- 4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?
- 5 - Acha que o Consentimento Informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º _____ Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local: _____

Dados do entrevistado:

- ♦ Sexo: Feminino _____ Masculino: _____
- ♦ Idade: _____
- ♦ Profissão: _____
- ♦ Grau de parentesco ou o próprio: _____
- ♦ Escolaridade _____

Questões para a entrevista:

- 1 – O que significa para si o Consentimento Informado?
- 2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?
- 3 – Acha útil o Consentimento Informado?
- 4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o Consentimento Informado?
- 5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.
- 6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?
- 7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?
- 8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?
- 9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do Consentimento Informado aos doentes?

Guião da entrevista – MEMBRO DA FAMÍLIA

Entrevista N.º _____ Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local: _____

Dados do entrevistado:

- ♦ Sexo: Feminino _____ Masculino: _____
- ♦ Idade: _____
- ♦ Profissão: _____
- ♦ Grau de parentesco ou o próprio: _____
- ♦ Escolaridade _____

Questões para a entrevista:

- 1 – O que significa para si o Consentimento Informado?
- 2- Ajudou-o a entender a doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?
- 3 – Acha útil o Consentimento Informado?
- 4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o Consentimento Informado?
- 5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.
- 6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da doença?
- 7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?
- 8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da doença?
- 9 - Na sua opinião, qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do Consentimento Informado aos doentes?

No início da entrevista, será dado espaço para que o/a entrevistado/a possa colocar todas as dúvidas, explicando repetidamente o objectivo do trabalho e a intervenção ao longo da entrevista.

Factos a considerar ao efectuar as entrevistas:

- Não se deverão prolongar por mais de 30 minutos (O tempo em que decorreu a entrevista variou entre os 15 e os 30 minutos nos profissionais de saúde, e de 10 a 20 minutos nos doentes e família);
- Ter em atenção o horário da entrevista;
- Deve ter a aprovação do informante;
- Privacidade - conduzir as entrevistas em locais onde a sua privacidade possa ser respeitada;
- Local - será escolhido um local tranquilo, onde os entrevistados se possam sentir confortáveis, sem serem interrompidos;
- Confidencialidade;
- Anonimato.

Previ como registo das respostas dos entrevistados, duas formas:

1. Anotação directa: como alternativa ao registo directo, para os entrevistados que se sintam inibidos perante o gravador.
2. Gravação áudio.

O meu papel como entrevistadora defini-o como o de alguém que se situou como ouvinte centrado no discurso, sendo qualquer interrupção efectuada sempre no sentido da validação ou clarificação.

Procurei utilizar expressões que revelem interesse pelo discurso do entrevistado, tal como Ghiglione e Matolon (1993) preconizaram (por ex: *Compreendemos*), realizações de sínteses parciais ou “ reformulações” de parte do discurso, e formulação de pedidos (por ex: *Quer explicar?*).

Por vezes, tive de reformular as questões em função da disponibilidade do entrevistado ou da situação do doente em causa.

2 – Considerações Éticas

Solicitei a autorização oficial ao Conselho de Administração e às Comissões de Ética do Hospital de Santa Maria e do Hospital Particular de Lisboa, para a realização do estudo. Solicitei ainda a autorização dos médicos, enfermeiros, doentes e família.

Os entrevistados foram informados previamente dos objectivos do estudo. Foi pedida a autorização a cada entrevistado para a utilização do gravador, tendo sido garantido o anonimato e confidencialidade dos dados colhidos.

Muitos enfermeiros e médicos (cerca de 50%) não se sentiram confortáveis na presença do gravador, tendo que optar pela anotação directa. Embora considere as entrevistas um excelente método de recolha de opiniões, compreendi que muitos entrevistados não tenham querido a presença do gravador, que consideraram intimidatório.

3– Procedimentos de Análise dos Dados

Comecei por transcrever na íntegra todas as entrevistas realizadas, obtendo assim o *corpus de análise*, constituído pelo discurso dos médicos, enfermeiros, doentes e famílias no qual exprimiram as suas expectativas e vivências do assunto em questão.

Para Gil (1995): “ (...) a análise tem como objectivo organizar e sumariar de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para a investigação (...) ”.

Para o tratamento dos dados, recorri à técnica de análise temática de conteúdo, através da categorização segundo Bardin (1977), tendo encontrando categorias descritivas que correspondem à questão de investigação e que ajudaram a decodificar o discurso dos médicos.

Bardin (1997) define a análise de conteúdo como:

“ (...) um conjunto de técnicas de análises de comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (...) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) destas mensagens: (...) ”.

Segundo Bardin, fazer análise temática significa que o critério de categorização é semântico, ou seja, que é feito pelo significado.

Este tratamento de dados foi realizado manualmente e acompanhado pela Mestre Patrícia Alves.

Acerca da análise do discurso, Bardin (1997) defende que:

“(...) o discurso não é a transposição transparente de opiniões, de atitudes e de representações (...), não é um produto acabado mas um momento num processo de elaboração, com tudo o que isso comporta de contradições, de incoerências, de imperfeições. Isto é particularmente evidente nas entrevistas em que a produção é ao mesmo tempo espontânea e constrangida pela situação (...)”.

Ainda segundo Bardin (1997) *“(...) o analista tira partido das mensagens que manipula, para inferir (deduzir de maneira lógica) conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio”*. Assim, para este autor, a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou de recepção e que esta recorre a indicadores que podem ser tanto qualitativos como quantitativos.

A partir da análise de conteúdo, o investigador pode, como afirma Bardin (1997), *“(...) reconstruir os investimentos, as representações, as atitudes, as representações reais (...)”*.

A análise de conteúdo temática, segundo Quivy e Campenhoudt (1992) é aquela que tenta *“(...) revelar as representações sociais ou juízos dos locutores a partir de um exame de certos elementos constitutivos do discurso”*.

Quivy (1992) completa a ideia, afirmando que a análise de conteúdo serve *“(...) para a descoberta de ideias e de pistas de trabalho, permite ultrapassar, pelo menos em certa medida, a subjetividade das nossas próprias interpretações (...). Fecundar as entrevistas com leituras e vice-versa, dado que é da sua interação que resultará a problemática de investigação (...)”*.

A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou de recepção e esta recorre a indicadores que podem ser tanto qualitativos, como quantitativos.

Comecei por ler e reler todas as entrevistas até chegar a uma espécie de *“impregnação”* do seu conteúdo. Cada entrevista foi estudada em si mesma como uma totalidade organizada e singular. Essas leituras sucessivas possibilitaram a divisão de cada entrevista em expressões significativas, tal como foram expressas pelos participantes. As expressões significativas são descrições da pessoa acerca da sua experiência do fenómeno em estudo. Neste trabalho referem-se ao entendimento dos médicos, enfermeiros, doentes e famílias, em relação ao Consentimento Informado. Tentei não me restringir ao conteúdo explícito do material, mas encontrar o sentido do que disseram e descrever da forma mais exata possível essa compreensão. Tentei não restringir-me ao conteúdo explícito do material, procurando ir mais fundo, desvelando mensagens implícitas.

Bardin (1997) considera que *“(...) a unidade de contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões (superiores às unidades de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo”*.

Após a transcrição das entrevistas, analisei-as através de várias leituras intensivas e posteriormente assinalei até à exaustão, todas as expressões ou frases que estejam de acordo com a questão de investigação e que respondam aos objetivos do estudo (unidades de registo).

Para Bardin (1997), a unidade de registo é *“a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial”*.

Na apresentação gráfica das expressões significativas irei utilizar parênteses com reticências para representar palavras do discurso dos entrevistados que considere importantes para a compreensão da expressão.

A leitura exaustiva do *corpus* e a análise das expressões asseguram a validade interna do estudo. No estudo, o *corpus de análise* foi o conteúdo das 120 entrevistas que realizei, em que cada entrevista será tida como uma unidade de contexto. Bardin (1977) considera que *“(...) a unidade de contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões (superiores às unidades de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo”*.

Neste trabalho, a validação da análise dos dados foi feita em duas etapas: numa primeira etapa, foram validadas as expressões significativas; posteriormente foi validada a compreensão do sentido das expressões.

A partir do conjunto dos dados obtidos, procedi então à procura de uma certa organização desses dados, através da categorização.

Depois da codificação das unidades de registo, encontrei categorias descritivas que responderam à questão de investigação. Bardin (1997) considera que *“a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento segundo o género (analogia).”*

Para o mesmo autor, a categorização tem por objetivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos.

Tendo por base o referencial teórico do estudo, foram encontradas 8 unidades temáticas, 37 categorias, 165 subcategorias e unidades de registos nos dados colhidos nas quais agrupei as expressões significativas.

Nesta etapa da análise dos dados, solicitei o apoio do Mestre Patrícia Alves, para a validação das unidades de registo.

Depois da codificação das unidades de registo, encontrei categorias descritivas que responderam à questão de investigação.

A categorização tem por objectivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos.

O procedimento de categorização foi por «Milha». Como Bardin (1977) afirma: “ (...) o sistema de categorização não é fornecido antes, resultando da classificação analógica progressiva dos elementos. Este é o procedimento por «Milha». O título conceptual de cada categoria somente é definido no final da operação”.

As categorias foram definidas *à posteriori*, com base nos dados obtidos. O que importa ao analista são os conceitos, e a passagem dos indicadores aos conceitos é uma operação de atribuição de sentido, cuja validade importará controlar.

A construção das categorias obedeceu aos critérios de validação interna como referem Bardin e Vala (1977), de exaustividade, exclusividade, homogeneidade, pertinência, objectividade e fidelidade. Ao serem explicadas as categorias e subcategorias, são utilizadas partes da entrevista que explicitam ou ilustram essas expectativas.

Realizei a enumeração das unidades de registo no sentido de conhecer a sua importância a partir da frequência com que apareceram. Isto porque, a unidade de enumeração é a unidade em função da qual se procede à quantificação, correspondendo ao número de vezes que aparece a informação, e como defende Bardin (1997), “a regularidade quantitativa da aparição é, portanto, aquilo que se considera significativo”.

Elaborei as grelhas *à posteriori*, a partir dos dados encontrados, que irão ser apresentadas no capítulo seguinte.

4 – Caracterização Geral da Amostra

4.1 – Hospital Público

No Hospital Público (HSM) havia 15 médicos, 9 do sexo masculino, a que corresponde um valor percentual de 60%, e 6 do sexo feminino (40%).

Quadro 2
DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS POR SEXO

Sexo	N.º Sujeitos	Percentagem
Feminino	6	40
Masculino	9	60
Total	15	100

As idades variaram entre os 29 anos e os 64 anos. O grupo etário de 51-60 anos é aquele em que se verifica o maior número de elementos: 5, a que corresponde o valor percentual de 33,33%, seguido dos grupos etários: 20 – 30, 31 – 40 e 41 – 50, com igual nº de elementos: 3 (20%), e por último, a faixa etária de 61 – 64 com 1 sujeito (6,6%).

Quadro 3
DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS POR IDADES

Idades	N.º Sujeitos	Percentagem
20- 30	3	20
31- 40	3	20
41 –50	3	20
51-60	5	33,33
61-64	1	6,66
Total	15	100

Quanto ao número de anos de experiência profissional dos entrevistados (Quadro 4), verificou-se que o período entre 21 a 30 anos de experiência profissional é aquele em que se afere o maior número de elementos: 5, correspondendo-lhe o valor percentual de 33,33%.

Quadro 4
DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS
POR NÚMERO DE ANOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Nº de anos Experiência profissional	N.º Sujeitos	Percentagem
0	3	20
1-10	2	13,33
11-20	2	13,33
21-30	5	33,33
31-40	3	20
Total	15	100

Em termos de especialidade dos médicos, verificou-se que 66,66% são de Cirurgia Geral, 26,66% do Internato de Cirurgia Geral, e 6,66% de Nefrologia.

Quadro 5

DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS POR ESPECIALIDADE

Especialidades	N.º Sujeitos	Percentagem
Cirurgia Geral	10	66,66
Interno	4	26,66
Nefrologia	1	6,66
Total	15	100

Sobre os enfermeiros no Hospital Público, havia 15 elementos, todos do sexo feminino.

Quadro 6

DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS POR SEXO

Sexo	N.º Sujeitos	Percentagem
Feminino	15	100
Masculino	0	0
Total	15	100

As idades variaram entre os 20 anos e os 50 anos. O grupo etário de 31-40 anos é aquele em que se verifica o maior número de elementos (8), a que corresponde o valor percentual de 53,33%, seguido da faixa etária 20 –30, com 5 elementos (33,3%); com uma percentagem menor (13,3%) surge a faixa entre os 41 – 50 anos, com 3 elementos.

Quadro 7

DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS POR IDADES

Idades	N.º Sujeitos	Percentagem
20- 30	5	33,3
31- 40	8	53,33
41 –50	3	13,33
Total	15	100

Relativamente ao número de anos de experiência profissional dos entrevistados, verificou-se que entre 1 a 5 anos de experiência profissional é aquele em que se verifica o maior número de elementos: 6, a que corresponde o valor percentual de 40%, seguido de 11 – 15 anos, com 5 elementos (33,3%); por último, com igual percentagem, 13,3%, dos 6 – 10 e dos 21 – 25, com 2 elementos.

Quadro 8
DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO
POR NÚMERO DE ANOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Nº de anos Experiência profissional	<i>N.º Sujeitos</i>	<i>Percentagem</i>
1-5	6	40
6-10	2	13,33
11-15	5	33,33
16-20	0	0
21-25	2	13,33
Total	15	100

Quanto à categoria profissional dos entrevistados, verificou-se que a categoria graduada é aquela em que se verifica o maior número de elementos: 10, correspondendo-lhe o valor percentual de 66,66%, seguida do nível 1 com 5 elementos (33,3%).

Quadro 9
DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS PELA CATEGORIA PROFISSIONAL

Categoria Profissional	<i>N.º Sujeitos</i>	<i>Percentagem</i>
Nível 1	5	33,33
Graduada	10	66,66
Total	15	100

No Hospital Público havia 15 doentes, 13 do sexo feminino, constituindo a maior percentagem (86,66%), e 2 do sexo masculino (13,3%).

Quadro 10
DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES POR SEXO

Sexo	N.º Sujeitos	Percentagem
Feminino	13	86,66
Masculino	2	13,33
Total	15	100

As idades variaram entre os 31 anos e os 81 anos. O grupo etário dos 41-50 anos é aquele em que se verifica um superior número de elementos: 5, correspondente ao valor percentual de 33,33%. Segue-se o grupo etário dos 41 – 50 anos, com 5 elementos (33,35); o grupo dos 51 – 60 anos contendo 4 elementos (26,6%); com igual percentagem (13,3%), as faixas etárias dos 61 – 64 e dos 78 – 81 anos, com 2 elementos; por último, as faixas etárias dos 31 – 40 e dos 65 – 70 anos, com igual valor percentual de 6, 6% (1 elemento).

Quadro 11
DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR IDADES

Idades	N.º Sujeitos	Percentagem
31- 40	1	6,66
41 – 50	5	33,33
51-60	4	26,66
61-64	2	13,33
65-70	1	6,66
71-75	0	o
76- 81	2	13,33
Total	15	100

No que refere à escolaridade dos entrevistados, verificou-se que o iletrado (analfabetismo) é aquele em que se regista o maior número de elementos: 9, com valor percentual de 60%; seguida da 4ª classe, com 4 elementos (26,6), e com igual valor percentual. Por fim, o liceu incompleto e o 12º ano com 6, 6%, por 1 elemento.

Quadro 12**DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES PELA ESCOLARIDADE**

Escolaridade	N.º Sujeitos	Percentagem
Iltrado (analfabetismo)	9	60
4º Classe	4	26,66
Liceu Incompleto	1	6,66
Liceu	0	0
12º Ano	1	6,66
Bacharel	0	0
Licenciatura	0	0
Total	15	100

Já em relação à profissão dos doentes, são reformado e doméstica os que estão em maior número: 4, e a que corresponde o valor percentual de 26,66%. Logo a seguir, surge a empregada de limpeza e auxiliar, com igual valor percentual 13,3% (2 elementos); por último, a escriturária, o motorista e a empregada de balcão, somando 6,6% (com 1 elemento).

Quadro 13**DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES PELAS PROFISSÕES**

Profissões	N.º Sujeitos	Percentagem
Reformada	4	26,66
Doméstica	4	26,66
Auxiliar	2	13,33
Emp^a Limpeza	2	13,33
Motorista	1	6,66
Emp^a Balcão	1	6,66
Escriturária	1	6,66
Total	15	100

Em termos de diagnóstico dos entrevistados, verificou-se que a maior incidência é nas neoplasias, com 7 elementos, a que corresponde o valor percentual de 46,66%; seguido da colecistectomia, com 5 elementos (33,3%), transplantes, com 2 elementos (13,3%), e estenose do piloro, com 1 elemento (6,6%).

Quadro 14**DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES PELOS DIAGNÓSTICOS**

Diagnósticos	<i>N.º Sujeitos</i>	<i>Percentagem</i>
Neoplasias	7	46,66
Colecistectomia	5	33,33
Transplantes	2	13,33
Estenose do piloro	1	6,66
Total	15	100

No Hospital Público, havia 15 familiares, 12 do sexo feminino, constituindo a maior percentagem -80% - contra 3 do sexo masculino (53,3%).

Quadro 15**DISTRIBUIÇÃO DOS FAMILIARES POR SEXO**

Sexo	<i>N.º Sujeitos</i>	<i>Percentagem</i>
Feminino	12	46,66
Masculino	3	53,33
Total	15	100

As idades variaram entre os 20 anos e os 81 anos. O grupo etário dos 20-30 e 31-40 anos é aquele em que se verifica o maior número de elementos: 3, a que corresponde o valor percentual de 20%; seguido dos grupos 41- 50, 51 – 6, 61 – 64, e 65 – 70, todos com 2 elementos (13,3%), e por fim, com 1 elemento (6,6%), a faixa dos 71 – 75 anos.

Quadro 16
DISTRIBUIÇÃO DAS FAMÍLIAS POR IDADES

Idades	N.º Sujeitos	Percentagem
20-30	3	20
31- 40	3	20
41 – 50	2	13,33
51-60	2	13,33
61-64	2	13,33
65-70	2	13,33
71-75	1	6,66
Total	15	100

Quanto à escolaridade dos entrevistados, verificou-se ser o secundário incompleto aquele em que se regista o maior número de elementos: 5, correspondendo-lhe o valor percentual de 33,33%. A seguir, surgem em igual percentagem - 13,3% - iletrado (analfabeto), 4ª classe, secundário, e bacharel, com 2 elementos. Por último, também com igual percentagem de 6,6%, o 12º ano e a licenciatura, com 1 elemento.

Quadro 17
DISTRIBUIÇÃO DOS FAMILIARES PELA ESCOLARIDADE

Escolaridade	N.º Sujeitos	Percentagem
Secundário Incompleto	5	33,33
Iletrado (analfabeto)	2	13,33
4º Classe	2	13,33
Secundário	2	13,33
Bacharel	2	13,33
12º Ano	1	6,66
Licenciatura	1	6,66
Total	15	100

Sobre a profissão dos entrevistados, surge o Técnico com maior número de elementos: 4, a que corresponde o valor percentual de 26,66%, seguida de igual percentagem de 20% por: reformada, e empregada de mesa, com 3 elementos cada; por último, também com igual percentagem, (6,6%): doméstica, bancário, arquitecto, desempregado e empregado do comércio, com 1 elemento.

Quadro 18**DISTRIBUIÇÃO DAS FAMÍLIAS PELAS PROFISSÕES**

Profissões	<i>N.º Sujeitos</i>	<i>Percentagem</i>
Técnico	4	26,6
Reformada	3	20
Emp^a Mesa	3	20
Doméstica	1	6,66
Bancário	1	6,66
Arquitecto	1	6,66
Desempregado	1	6,66
Emp^o Comércio	1	6,66
Total	15	100

Em relação ao grau de parentesco dos entrevistados, filho(a) registou 6 elementos, com valor percentual de 20%; neto(a), com 3 elementos (20%), cônjuge, com 2 elementos (13,3%), e com igual valor percentual de 6,6%: genro, pais, e sobrinho, referidos por 1 elemento.

Quadro 19**DISTRIBUIÇÃO DOS FAMILIARES PELO GRAU DE PARENTESCO**

Profissões	<i>N.º Sujeitos</i>	<i>Percentagem</i>
Filho	6	20
Neto(a)	3	20
Conjuge	2	13,33
Genro	1	6,66
Pais	1	6,66
Sobrinho(a)	1	6,66
Total	15	100

4.2 – Hospital Privado

No Hospital Privado (HPL) foram contabilizados 15 médicos, 12 do sexo masculino, constituindo a maior percentagem - 80%, e 3 do sexo feminino (20%).

Quadro 20

DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS POR SEXO

Sexo	N.º Sujeitos	Percentagem
Feminino	3	20
Masculino	12	80
Total	15	100

As idades destes profissionais variavam entre os 41 e os 70 anos. O grupo etário de 41-50 anos de idade é aquele em que se verifica o maior número de elementos: 6, a que corresponde o valor percentual de 40%. Segue-se o grupo dos 51 – 60 anos, com 5 elementos (33,3%); e por fim, com igual percentagem de 13,3%, as faixas etárias: 61 – 64 e 65 – 70, referidas por 2 elementos.

Quadro 21

DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS POR IDADES

Idades	N.º Sujeitos	Percentagem
41- 50	6	40
51- 60	5	33,33
61 – 64	2	13,33
65-70	2	13,33
Total	15	100

Quanto ao tempo de experiência profissional dos entrevistados, verificou-se o maior número de elementos (8) entre o período de 21 a 30 anos de experiência profissional, correspondendo ao valor percentual de 53,33%. Segue-se o período entre 31 – 40 anos, com 5 elementos (33,3%); e por último, entre 1 – 10 anos, com 2 elementos (13,3%).

Quadro 22
DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS
POR NÚMERO DE ANOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Nº de anos Experiência profissional	N.º Sujeitos	Percentagem
1-10	2	13,33
21-30	8	53,33
31-40	5	53,33
Total	15	100

No que refere à especialidade, verificou-se que 80% dos médicos são de Cirurgia Geral, e em igual valor percentual (6,66%) surgem os de Oftalmologia, Anestesia e Cardiologia.

Quadro 23
DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS POR ESPECIALIDADE

Especialidades	N.º Sujeitos	Percentagem
Cirurgia Geral	12	80
Anestesia	1	6,66
Oftalmologia	1	6,66
Urologia	1	6,66
Total	15	100

No Hospital Privado (HPL) havia 15 enfermeiros, 11 do sexo feminino e 4 do sexo masculino, pertencendo assim a maior percentagem ao sexo feminino (73,4%).

Quadro 24
DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS POR SEXO

Sexo	N.º Sujeitos	Percentagem
Feminino	11	73,4
Masculino	4	26,6
Total	15	100

As idades variaram entre os 20 anos e os 64 anos. Os grupos etários dos 20-30 e dos 31-40 anos são aqueles em que se afere o maior número de elementos: 4, correspondendo-lhe o valor percentual de 26,6%; segue-se a faixa etária dos 61 – 64 anos, com 20%, referida por 3 elementos. Por último, as faixas etárias dos 41 – 50 e dos 51 – 60 anos com igual valor percentual de 13,3% (2 elementos).

Quadro 25

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR IDADES

Idades	N.º Sujeitos	Percentagem
20- 30	4	26,66
31- 40	4	26,66
41 – 50	2	13,33
51-60	2	13,33
61-64	3	20
Total	15	100

Relativamente ao número de anos de experiência profissional dos entrevistados, verificou-se que os grupos entre os 6-10 e os 11-15 anos de experiência profissional são os de maior número de elementos: 3, a que corresponde 20% do total. Segue-se com o valor percentual de 13,3% os grupos: 1 – 5; 31 – 35 e 36 – 40, com 2 elementos; finalmente, com igual percentagem, 6,6%: 16 – 20; 26 –30 e 41 – 45, referidos por 1 elemento (6,6%).

Quadro 26
DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS
POR NÚMERO DE ANOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Nº de anos Experiência profissional	N.º Sujeitos	Percentagem
1-5	2	13,33
6-10	3	20
11-15	3	20
16-20	1	6,66
21-25	0	0
26-30	1	6,66
31-35	2	13,33
36-40	2	13,33
41-45	1	6,66
Total	15	100

Sobre a categoria profissional dos entrevistados, verificou-se ser a categoria Graduada aquela em que se verifica o maior número de elementos: 6, a que corresponde o valor percentual de 40%, seguida da categoria de Enfermeiro Chefe, com 4 elementos (26,6%); depois, o Nível 1, com 2 elementos (13,3%), e por fim, Supervisora, com 1 elemento (6,6%).

Quadro 27
DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO PELA CATEGORIA PROFISSIONAL

Categoria Profissional	N.º Sujeitos	Percentagem
Nível 1	2	13,33
Graduada	6	40
Especialista	2	13,33
Chefe	4	26,66
Supervisora	1	6,66
Total	15	100

No Hospital Privado havia 15 doentes, 7 do sexo feminino (46,6%) e 8 do sexo masculino, sendo este o de maior percentagem (53,33%).

Quadro 28
DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES POR SEXO

Sexo	N.º Sujeitos	Percentagem
Feminino	7	46,66
Masculino	8	53,33
Total	15	100

As idades variaram entre os 20 anos e os 81 anos. O grupo etário de 76-81 anos é aquele em que se verifica o maior número de elementos: 4, a que corresponde o valor percentual de 26,66%. Segue-se o grupo dos 71 – 75 anos, por 3 elementos (20%9), e com igual valor percentual (13,33%), os grupos: 31 – 40, 41 – 50, e 51 –60, referidos por 2 elementos. Por fim, com 1 elemento (6,6%), os grupos: 20 –30 e 61 – 64 anos.

Quadro 29
DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES POR IDADES

Idades	N.º Sujeitos	Percentagem
20-30	1	6,66
31- 40	2	13,33
41 – 50	2	13,33
51-60	2	13,33
61-64	1	6,66
65-70	0	0
71-75	3	20
76- 81	4	26,66
Total	15	100

A Licenciatura é a escolaridade identificada com maior número de elementos (4), correspondendo a 26,66%.

Com 3 elementos, identificaram-se os graus: 4ª classe, liceu, e bacharel (20%).

O liceu incompleto registou 2 elementos (13,3%).

Quadro 30**DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES PELA ESCOLARIDADE**

Escolaridade	N.º Sujeitos	Percentagem
Iliteracia (analfabeto)	0	0
4º Classe	3	20
Liceu Incompleto	2	13,33
Liceu	3	20
12º Ano	0	0
Bacharel	3	20
Licenciatura	4	26,66
Total	15	100

A aposentadoria foi a profissão mais dominante identificada, com um superior número de elementos: 4, a que corresponde o valor percentual de 26,66%. Seguiram-se as profissões: doméstica, e técnico - ambas referidas por 3 elementos (20%); engenheiro (2 elementos - 13,3%), e por último, com igual percentagem (6,6%): bancário, assistente e contabilista, referidos por 1 elemento.

Quadro 31**DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES PELAS PROFISSÕES**

Profissões	N.º Sujeitos	Percentagem
Reformada	4	26,66
Doméstica	3	20
Técnico	3	20
Engenheiro	2	13,3
Bancário	1	6,66
Assistente	1	6,66
Contabilista	1	6,66
Total	15	100

Quanto ao diagnóstico dos entrevistados, as doenças oncológicas surgiram em maior número: 6 elementos, a que corresponde o valor percentual de 40%, seguindo-se a colecistectomia, com 5 elementos, correspondendo a 33,33%; e por último, com igual percentagem (6,6%): catarata, histerectomia, hérnia discal e artroscopia, referidos por 1 elemento.

Quadro 32**DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES PELOS DIAGNÓSTICOS**

Diagnósticos	<i>N.º Sujeitos</i>	<i>Percentagem</i>
Doenças oncológicas	6	40
Colecistectomia	5	33,33
Catarata	1	6,66
Histerectomia	1	6,66
Hernia Discal	1	6,66
Atroscopia	1	6,66
Total	15	100

No Hospital Privado havia 15 familiares, 8 do sexo feminino - constituindo a maior percentagem, 53,33% - e 7 do sexo masculino (46,6%).

Quadro 33**DISTRIBUIÇÃO DOS FAMILIARES POR SEXO**

Sexo	<i>N.º Sujeitos</i>	<i>Percentagem</i>
Feminino	8	53,33
Masculino	7	46,66
Total	15	100

As idades variaram entre os 31 anos e os 81 anos. O grupo etário dos 71-75 anos é aquele em que se verifica o maior número de elementos: 4, a que corresponde o valor percentual de 26,66%. Seguem-se as faixas etárias: 31 – 40 e 76 – 81, com igual percentagem de 20%, referidas por 3 elementos; os grupos: 41 – 50, e 51 – 60 anos, ambos com 2 elementos (13,3%); e por último, a faixa etária dos 65 – 70 anos, com 1 elemento (6,6%).

Quadro 34**DISTRIBUIÇÃO DOS FAMILIARES POR IDADES**

Idades	N.º Sujeitos	Percentagem
31- 40	3	20
41 – 50	2	13,33
51-60	2	13,33
61-64	0	0
65-70	1	6,66
71-75	4	26,66
76-81	3	20
Total	15	100

Relativamente à escolaridade dos entrevistados, verificou-se ser a licenciatura a que verifica o maior número de elementos: 6, com um valor percentual de 40%. Segue-se o liceu, com 4 elementos (26,6%); o liceu incompleto, com 3 elementos (20%); e por fim, com igual percentagem, a 4ª classe e o curso comercial, ambos referidos por 1 elemento (6,6%).

Quadro 35**DISTRIBUIÇÃO DOS FAMILIARES PELA ESCOLARIDADE**

Escolaridade	N.º Sujeitos	Percentagem
4º Classe	1	6,66
Liceu Incompleto	3	20
Liceu	4	26,66
Curso comercial	1	6,66
Licenciatura	6	40
Total	15	100

Sobre a profissão dos entrevistados, registou-se um total de 7 Reformados, correspondentes ao valor percentual de 46,66%; seguidos de 3 comerciantes, com 20%, com igual valor percentual, 6,6% : músico, bancário, pedreiro, advogado, secretária (referidos por 1 sujeito).

Quadro 36

DISTRIBUIÇÃO DAS FAMILIARES PELAS PROFISSÕES

Profissões	N.º Sujeitos	Percentagem
Reformada	7	46,66
Comerciante	3	20
Músico	1	6,66
Bancário	1	6,66
Pedreiro	1	6,66
Advogado	1	6,66
Secretária	1	6,66
Total	15	100

No que refere ao grau de parentesco dos entrevistados, verificou-se ser o *conjugue* aquele em que se verifica o maior número de elementos: 9, a que corresponde o valor percentual de 60%; os *pais* surgiram com uma percentagem de 20% (referidos por 3 sujeitos); com 2 elementos, *filho* (13,3%); e por último, *irmão*, com 1 elemento (6,6%).

Quadro 37

DISTRIBUIÇÃO DOS FAMILIARES PELO GRAU DE PARENTESCO

Profissões	N.º Sujeitos	Percentagem
Conjugue	9	60
Pais	3	20
Filho	2	13,3
Irmão	1	6,66
Total	15	100

Capítulo II - Apresentação e Análise dos Dados

Neste capítulo é apresentada a análise dos dados obtidos através das entrevistas. Irei dividir a análise dos dados em Hospital Público e Hospital Privado, para no final fazer uma comparação entre estas duas realidades.

Assim, no Hospital Público, surgiram 4 unidades temáticas, tendo no Hospital Privado surgido também o mesmo número de unidades temáticas; um estudo comparativo será apresentado no final. Não juntei estas unidades por três motivos: para não haver mistura de dados; para obter uma maior riqueza dos dados recolhidos (podendo analisar as duas realidades do público e do privado, bem como na sua globalidade), e também por orientação da Mestre Patrícia Alves.

No quadro 6 são apresentadas de uma forma global, o conjunto de categorias e subcategorias por área temática.

As 37 categorias inventariadas, das quais fazem parte 65 subcategorias, possibilitam uma visão mais precisa dos dados recolhidos.

Deste modo, as 8 Unidades Temáticas permitem traçar um quadro referencial do Consentimento Informado no contexto da amostra que julgo ser representativa.

No quadro 6, é apresentada a distribuição das Unidades Temáticas pelas categorias e subcategorias, por número de sujeitos e frequência.

Estes sujeitos aparecem em simultâneo, nas várias subcategorias de uma categoria, razão pela qual o número de sujeitos é em alguns casos, inferior ao somatório dos sujeitos das subcategorias. Em todas as Unidades Temáticas há categorias comuns.

Quadro 38

DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES TEMÁTICAS, CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS,
POR NÚMERO DE SUJEITOS E FREQUÊNCIA

Unidades Temáticas	Categorias	Subcategorias	N.º Sujeitos	Frequência
O CI NA PERSPECTIVA MÉDICA (NA ASSISTÊNCIA PRIVADA)	Significado 15 - 110	Informação	11	25
		Relação médico/ doente	6	36
		Declaração	8	25
		Trabalho em equipa	2	8
		Autonomia do doente	9	16
	Obrigatoriedade 15-99	Informação	7	17
		Relação médico/ doente	3	18
		Decisão do doente	2	2
		Obrigatório	11	16
		Declaração	11	27
		Trabalho em equipa	2	2
		Dificuldades	4	17
		Não obrigatório	3	14
	Quem deve obter o CI 15-66	Informação	2	3
		Relação médico/ doente	4	22
		Médico	13	23
		Enfermeiro	4	9
		Trabalho em equipa	4	7
		Decisão do doente	1	1
		Instituição	1	1
	Dificuldades da equipa médica 15 - 215	Relação médico/ doente	15	154
		Informação	7	31
		Complicado	14	20
		Decisão do doente	4	10
		Não existem dificuldades	3	5
	O CI pode contribuir para a humanização e qualidade na Prática Clínica 15 - 183	Participação do doente	2	5
		Hospital	1	4
		Trabalho em equipa	2	3
		Informação	4	11
		Existência de relação	12	44
		Relação médico/ doente	14	94
		Não contribui	11	22
	Participação dos enfermeiros	Devem participar	13	32

	na informação e no CI 15 – 117	Não devem participar	3	24
		Médicos	5	10
		Decisão do doente	1	5
		Trabalho em equipa	10	39
		Declaração	2	7
O CI NA PERSPECTIVA DE ENFERMAGEM (NA ASSISTÊNCIA PRIVADA)	Significado 15-83	Participação do doente	11	26
		Médico	2	3
		Informação	13	41
		Declaração	6	13
	Quem deve obter o CI 15 - 48			19
		Médico	12	
		Trabalho em equipa	5	8
		Família	1	1
		Profissional de saúde	3	6
		Declaração	6	1
	Tipo de participação do Enf. no CI e informação 15 - 222			2
		Trabalho em equipa	6	17
		Declaração	4	6
		Enfermagem	15	138
	O CI contribui para a humanização 15 – 107	Não participar	14	61
		Humanização	14	30
		Informação	12	47
		Participação do doente	4	16
		Trabalho em equipa	1	1
		Relação equipa de saúde/ doente	2	6
		Declaração	1	6
		Não contribui	1	1
O CI NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA (NA ASSISTÊNCIA PRIVADA)	Participação da família na decisão médica 15-76	Informação	3	6
		Relação médico/ doente	8	21
		Decisão	15	46
		Equipa	1	1
	Participação da família no CI e na informação 15-53	Participação	15	44
		Relação enfermeiro/ doente	1	1
		Relação médico/ doente	6	8
	Acesso da família à à informação 15 - 188	Informação	15	155
		Relação médico/ doente	9	28
		Decisão da família	3	5
	Quem deve informar e pedir o CI 15 – 42	Médico	15	42
	Significado	Informação	15	120

	15 - 158	Relação médico/ doente	1	2
		Participar	5	16
O CI NA PERSPECTIVA DO DOENTE (NA ASSISTÊNCIA PRIVADA)	Significado 15 - 151	Ajuda a família	15	18
		Útil	15	30
		Informação	15	84
		Relação médico/ doente	5	30
		Participa	3	4
		Trabalho em equipa	1	3
	Quem deve informar e pedir o CI 15 – 27	Médico	13	13
		Trabalho em equipa	3	3
		Informação	5	7
	Participação do doente Na decisão clínica 15 – 46	Participar	9	30
		Informação	5	7
		Relação médico/ doente	9	10
	Acesso doente à informação 15-163	Relação médico/doente	6	18
		Participação	2	2
		Hospital	1	1
		Informação	15	141
	Participação do enfermeiro na informação e no CI 15 – 59	Participar	15	46
		Relação enfermeiro/ doente	6	7
		Trabalho em equipa	2	2
		Relação médico/ doente	2	4
O CI NA PERSPECTIVA MÉDICA (NA ASSISTÊNCIA PÚBLICA)	Dificuldades 15 - 243	Informação	15	76
		Relação médico/ doente	15	107
		Decisão do doente	8	19
		Não existem dificuldades	5	7
		Declaração	1	4
		Dificuldades	9	30
	Obrigatoriedade 15-76	Informação	6	11
		Relação médico/ doente	6	12
		Decisão do doente	4	7
		Obrigatório	12	18
		Declaração	10	16
		Dúvidas	4	8
		Não obrigatório	4	4
	Participação dos enfermeiros na informação e no CI	Devem participar	13	44
		Trabalho em equipa	10	34

	15-124	Médicos	9	40
		Não devem participar	4	5
	O CI pode contribuir Para a humanização e qualidade na P.C 15 - 151	Existe relação	13	59
		Informação	11	23
		Não há relação	9	36
		Participação do dte	2	9
		Declaração	1	3
	Quem deve aplicar o CI 15-74	Informação	3	7
		Médico	12	43
		Enfermeiro	1	2
		Administrativos	2	5
		Trabalho em equipa	5	17
	Significado 15-87	Informação	15	50
		Relação médico/ doente	4	11
		Declaração	3	6
		Decisão doente	12	19
O CI NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM (NA ASSISTÊNCIA PÚBLICA)	Quem deve obter o CI 15 - 68	Médico	15	48
		Enfermeiro	7	14
		Declaração	4	4
		Participação doente	2	2
	Tipo de participação do Enfermeiro no CI e na informação 15 - 328	Médico	13	54
		Declaração	3	5
		Trabalho em equipa	10	39
		Enfermeira	15	42
		Participação do doente	2	6
		Declaração	3	5
	O CI contribui para a humanização 15 - 206	Hospital	1	2
		Declaração	8	41
		Informação	8	28
		Enfermeiro	9	71
		Trabalho em Equipa	1	4
		Relação médico/doente	6	15
		Participação doente	2	3
	Significado 15-72	Informação	13	41
		Participação do doente	6	12
		Relação médico/ doente	1	2

O CI NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA (NA ASSISTÊNCIA PÚBLICA)	Participação da família na decisão médica 15 - 95	Declaração	9	17
		Informação	5	36
		Relação médico/ doente	7	16
		Decisão	15	43
	Participação do enfermeiro no CI e na informação 15 - 95	Participação do enfermeiro	15	44
		Relação médico/doente	9	6
	Acesso da família à informação 15 - 191	Informação	15	164
		Local	5	7
		Decisão	2	3
		Relação médico/doente	6	17
	Quem deve informar e pedir o CI 15 - 36	Médico	13	25
		Trabalho em equipa	3	3
		Enfermeiro	2	4
		AAM	1	4
	Significado 15 - 240	Utilidade	14	49
		Informação	15	154
		Relação médico/ doente	10	31
		Participar	2	6
O CI NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA (NA ASSISTÊNCIA PÚBLICA)	Utilidade 15 - 86	Utilidade	15	86
		Informação	15	104
		Relação médico/ doente	11	39
		Participar	5	9
		Relação doente/equipa de saúde	2	2
	Quem deve informar e pedir o C.I 15 - 55	Médico	14	50
		Enfermeiro	1	2
		Trabalho em equipa	3	3
	Participação do doente na decisão clínica 15 - 68	Participar	14	30
		Informação	5	12
		Relação médico/doente	9	26
	Acesso do doente à informação 15 - 242	Médico	14	74
		Informação	15	168
	Participação do enfermeiro na informação e no CI 15 - 75	Participar	15	56
		Informação	2	2
		Relação enfermeiro/ doente	4	16

1 – Hospital Privado

1.1 - Unidade Temática: O CONSENTIMENTO INFORMADO NA PERSPECTIVA MÉDICA NA ASSISTÊNCIA PRIVADA

Quadro 39

Distribuição das Categorias e Subcategorias na Unidade Temática:
O CONSENTIMENTO INFORMADO NA PERSPECTIVA MÉDICA
(NA ASSISTÊNCIA PRIVADA),
por Número de Sujeitos e Frequência

<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>N.º sujeitos</i>	<i>Frequência</i>
Significado	Informação	11	25
	Relação Médico/ Doente	6	36
	Autonomia do doente	9	16
	Declaração	8	25
	Trabalho em equipa	2	8
	TOTAL	15	110
Obrigatoriedade	Informação	7	17
	Relação Médico/Doente	3	18
	Decisão do doente	2	2
	Obrigatório	11	16
	Dificuldades	4	17
	Declaração	11	27
	Trabalho em equipa	2	2
	TOTAL	15	99
Quem deve obter o C.I	Informação	2	3
	Relação Médico/ Doente	4	22
	Médico	13	23
	Enfermeiro	4	9
	Trabalho em equipa	4	7
	Autonomia do doente	1	1
	Instituição	1	1
	TOTAL	15	66
Dificuldades da equipa médica	Relação Médico/ Doente	15	154
	Informação	7	31
	Complicado	14	20
	Decisão do doente	4	10
	Não existem dificuldades	3	5

	TOTAL	15	215
O CI pode contribuir para a humanização e qualidade na prática clínica	Participação do doente	2	5
	Hospital	1	4
	Trabalho em equipa	2	3
	Informação	4	11
	Existência de relação	12	44
	Relação Médico/ Doente	14	94
	Não contribui	11	22
	TOTAL	15	183
Participação dos Enfermeiros na informação e no CI	Não participação	3	24
	Médico	5	10
	Trabalho em equipa	10	39
	Declaração	2	7
	Deve Participar	13	32
	Decisão do doente	1	5
	TOTAL	15	117

Na Unidade Temática *Entendimento do Consentimento Informado* foram formuladas aos entrevistados médicos as seguintes perguntas:

- *O que é para si o Consentimento Informado?*
- *Concorda com a obrigatoriedade do Consentimento Informado?*
- *Quem deve proceder à aplicação do Consentimento Informado?*
- *Na sua opinião, que dificuldades encontra na obtenção do Consentimento Informado?*
- *Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?*
- *Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o Consentimento Informado ?*
- *Acha que o Consentimento Informado pode contribuir para a humanização da prática clínica? Comente.*
- *Na sua opinião, qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no Consentimento Informado aos doentes?*

Após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 6 categorias, com as seguintes frequências:

1ª Categoria - *Dificuldades da Equipa Médica* -, 215 unidades de registo, sendo referida pela totalidade.

2ª Categoria - *O CI Pode Contribuir para a Humanização e Qualidade na Prática Clínica* -, 183 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados (totalidade).

3ª Categoria - *Participação dos Enfermeiros na Informação e no CI* -, 117 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados.

4ª Categoria – *Significado* -, 110 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados.

5ª Categoria – *Obrigatoriedade* -, 99 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados.

6ª Categoria, - *Quem Deve Aplicar o CI* -, 66 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados.

Quadro 40
Distribuição das Categorias da Unidade Temática:
O CONSENTIMENTO INFORMADO DA PERSPECTIVA MÉDICA
NA ASSISTÊNCIA PRIVADA,
por Número de Sujeitos e Frequência

Categorias	N.º	%	Frequência
Sujeitos			
Significado	15	100	110
Obrigatoriedade	15	100	99
Quem deve aplicar o CI	15	100	66
Dificuldades da equipa médica	15	100	215
O CI pode contribuir para a humanização e qualidade da prática clínica	15	100	183
Participação do enfermeiro na informação e no CI	15	100	117

Fazendo uma análise global do quadro, verifica-se que é dada igual importância a todas as categorias.

Contudo, sobressai a categoria *Dificuldades da Equipa Médica*, com uma frequência de 215, seguindo-se a *Contribuição do CI para a Humanização e na Qualidade da Prática Clínica*, com 183. Na continuidade desta ordem decrescente, surgem as categorias *Participação do Enfermeiro na Informação e no CI*, com 117; *Significado*, com 110 referências; *Obrigatoriedade*, com 99; e por último, *Quem Deve Aplicar o CI*, com 66.

Em **síntese**, os entrevistados consideram que no Consentimento Informado são elementos igualmente essenciais: o significado, a obrigatoriedade, quem deve aplicar o CI, dificuldades da equipa médica, o CI pode contribuir para a humanização e qualidade da prática clínica, e a participação do enfermeiro na informação e no CI.

CATEGORIA DIFICULDADES DA EQUIPA MÉDICA

Na categoria *Dificuldades da Equipa Médica*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 5 subcategorias, num total de 15 entrevistados, verificando-se uma frequência de 215 unidades de registo, com os seguintes resultados:

1ª Subcategoria - *Relação Médico/ Doente* - frequência de 154 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados (ou seja, a totalidade dos entrevistados).

2ª Subcategoria - *Complicado* - 20 unidades de registo, referida por 14 entrevistados.

3ª Subcategoria - *Informação* - com 31 unidades de registo, citada por 7 entrevistados.

4ª Subcategoria - *Decisão do doente* – 10 unidades de registo, e referida por 4 entrevistados.

5ª Subcategoria - *Não existem dificuldades* - 5 unidades de registo, com referência por 3 entrevistados.

Quadro 41
Distribuição das Subcategorias da Categoria:
DIFICULDADES DA EQUIPA MÉDICA,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Relação Médico/ Doente	15	100	154
Complicado	14	93,3	20
Informação	7	46,6	31
Decisão do doente	4	26,6	10
Não existem dificuldades	3	20	5
TOTAL	15	100	215

Fazendo uma análise global do quadro, verifica-se que dentro das subcategorias, se destaca com 100%, a *Relação Médico/ Doente*, seguindo-se por ordem decrescente: *Complicado*, com 93,3%, *Informação*, com 46,6%, *Decisão do Doente*, com 26,6%, e por último, a subcategoria *Não Existem Dificuldades*, com 20%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

RELAÇÃO MÉDICO/ DOENTE

Esta relação é influenciada pelo contexto social e cultural onde o doente está inserido:

- E108 Muitas vezes a ignorância do doente nos aspectos médicos.
- E109 A pouca informação e formação que os doentes têm.
- E109 Às vezes, sabem muita coisa, lêem muito e depois ficam baralhados porque se fez aquilo e não isto, não pode ser!
- E113 Quando digo o estrato social é o grau intelectual do doente.
- E118 A cultura da população, porque muitas vezes, quando se pede o consentimento informado para uma colonoscopia, eles pensam que correm logo riscos e por isso é que se lhes estão a pedir que assinem.
- E119 O baixo nível cultural da nossa população.

Outras vezes tem a ver com a própria comunicação entre o médico e o seu doente:

- E110 É muitas vezes a capacidade de poder saber que tem um tumor e que a probabilidade com este tumor é de X, e a de sobreviver é Y a nossa população não está preparada para tal.
- E113 tem que se explicar muito devagarinho, de forma muito mastigada, o que se pretende.
- E113 Eu acho que os doentes hoje estão mais agressivos que antigamente.
- E106 Às vezes, há alguma dificuldade quando propomos a um doente para ser operado e o doente tem um doença maligna, e para já, nós não devemos faltar à verdade.
- E106 Mas também não há necessidade de uma forma fria, seca e bruta.
- E120 Como é um processo contínuo, implica um acompanhamento.

Há outro aspecto referido pelos entrevistados que é a falta de honestidade dos próprios médicos:

- E111 Os médicos enganam e não são honestos para com os doentes.
- E111 Não falam da sua taxa de insucessos, escondem do doente e dos colegas.

Esta relação tem que estar assente na confiança:

- E111 Isto tudo passa por uma relação médico/ doente baseada na honestidade do médico.

Há médicos que consideram que há um desinteresse do doente em estar informado:

- E106 Da minha experiência, as pessoas não querem,
- E106 Os doentes não fazem muitas questões,

Muitos médicos mencionam a esperança, como extremamente importante na relação médico/ doente:

- E120 Não esquecendo a esperança.
- E111 Digo a verdade de forma a não retirar a esperança.
- E115 Ao doente mostro-lhe sempre uma luz ao fundo do túnel, dou-lhe esperança.

Outros assumem que enganam o doente, numa atitude de paternalismo puro:

- E111 Noutros casos, engana-se o doente.
- E111 Eles querem ser enganados e nós entramos nesse jogo.
- E111 num jogo de esconde/ esconde.
- É mau, mas é assim!
- É assim!

Justificando que este engano se deve a estarmos num país latino:

- E117 É tradição dos países latinos, e Portugal está incluído, não ser perfeitamente claro e científico.
- E que não concordam que se diga a verdade.

E113 Vou-lhe dizer a minha opinião pessoal, eu acho sinceramente que os doentes embora digam sim, não gostam de saber o que têm.

A verdade não é transmitida, porque existe constrangimentos da equipa médica em revelar a verdade em casos de doentes com diagnóstico grave:

E113 Eu acho que ninguém gosta de chegar a um doente e dizer-lhe: olhe, você tem uma neoplasia e vai morrer daqui a um mês.

Esta relação é baseada na confiança e referem que só assim o doente pode e vai colaborar:

E116 Porque para já, tenho medo de não ter a colaboração deles, quer no tratamento, quer na cirurgia.

E116 É importante a dissecação do problema para aceitarem o número de tratamentos e de consultas.

O factor tempo é algo precioso e necessário nesta relação para que corra da forma pretendida:

E106 Quer dizer, não faz sentido e é desumano e nos tempos que são dados para a consulta, dizer em 5 minutos que o doente tem o tumor maligno.

E106 *O senhor. vai morrer, isto não tem cura nenhuma.* Isto não é algo que se possa dizer em 10 minutos de consulta.

E106 Mas exige muito mais tempo, consumo, contacto, é mais...

E106 Tem que se dizer com alguma calma, com tranquilidade, exige tempo.

Muitos médicos sentem a necessidade e o dever de informar a verdade ao doente:

E107 Dou toda a informação.

E107 Mesmo tratando-se de neoplasias, eu tento explicar o que se passa.

E108 Nos outros, normalmente digo a verdade.

E112 É sempre bom que o doente vá sabendo alguma coisa, até porque há alguns “sacrifícios”.

E112 São muito mais bem aceites se tiverem esclarecidos.

E111 Eu lembro-me de um doente que tinha um neo do estômago com metastases hepáticas. Mas não lhe foi dita totalmente a verdade. Quando falei abertamente e lhe respondi às perguntas, conseguiu dormir pela primeira vez.

Até me dizia: “Olhe, já tenho mais um nódulo, mas estou descansado, já estou descansado”. E morreu em paz.

COMPLICADO

Alguns médicos referem que para eles é complicado, devido a não ser habitual e não haver o habito de o realizarem:

E112 E o facto de não ser muito habitual...

E por outro lado a falta de hábito de haver o consentimento informado...

E119 Leva as pessoas a assustarem-se.

E119 E acharem, “Se nos pedem para assinar isto, pode ser mau. E então, não quero sujeitar-me à cirurgia”.

E114 Achar que como estamos a dividir a responsabilidade com ele, reage mal.

E118 E quando pedem o Consentimento Informado é porque o médico tem dúvidas e não sabe o que vai fazer

Há dúvidas da equipa em relação à sua actuação na urgência.

E108 E sobre a urgência ou não de os fazer, são estas as principais dificuldades.

Outra dificuldade, é a falta de tempo e toda a máquina economicista que os leva a observarem muitos doentes num período muito curto:

E110 Perante as actuais disponibilidades, rentabilização, contabilização, perante um procedimento que não é rentável.

E110 Numa sociedade em que todos os procedimentos e tempo contam muito em dinheiro.

E110 Eu acho que há dois problemas: A nossa disponibilidade e a falta de tempo.

INFORMAÇÃO

Há a preocupação da equipa médica de transmitir a informação de uma forma compreensível e adequada ao doente:

E106 Da forma mais clara possível, à medida que for necessário.

E109 O médico sabe o que vai fazer e o doente se tem dúvidas, esclarece.

E110 Exactamente arranjar estratégias para explicar ao doente.

E110 Por isso, tem que se arranjar formas para explicar de forma adequada ao nível do doente.

Referem muitas vezes, a necessidade de envolver a família no processo do CI:

E115 O Consentimento Informado se for como lhe disse, bem explicado e pedindo apoio à família, não há problemas.

E109 Eu costumo falar com a família para avaliar o enquadramento dele, e depois tem que se dizer a ele.

DECISÃO DO DOENTE

Nesta subcategoria, aparece a recusa do doente no tratamento:

E106 A recusa implica que o doente esteja perfeitamente consciente daquilo que vai ser feito.

E106 Se o doente se recusar, nós devemos prolongar a explicação até ao máximo possível, porque sabemos que ele tem que ser operado.

Há médicos que alegam que os doentes não aceitam a verdade e não querem participar na decisão médica:

E109 Não têm estofo para aguentar aquilo.

E112 E há outros que felizmente ou infelizmente, negam até ao final da vida o diagnóstico.

NÃO EXISTE DIFICULDADES

Outros referem não terem qualquer tipo de dificuldades ao realizar o CI:

E107 Nenhumas.

E107 Já ultrapassei as barreiras do hábito de não fazer isso.

E115 Não tenho encontrado muitas.

E116 Eu pessoalmente, não tenho tido grandes dificuldades nisso.

Em **síntese** e em relação aos dados apresentados na categoria *Dificuldades da Equipa Médica*, os entrevistados referiram que sentiram dificuldades na transmissão da informação, sobretudo no que refere ao próprio consentimento, afirmando mesmo a não realização deste; a forma como é comunicada a informação tem repercussões no modo como o doente a recebe e a entende.

Foram também verbalizados os seus sentimentos (da equipa médica), onde é expresso o alívio por os doentes não quererem saber das explicações que lhes são dadas.

Consideram os médicos o CI complicado porque o actual consentimento não se adapta à realidade hospitalar, mas sobretudo porque não há o hábito de o realizarem, o que leva a que o próprio utente o interprete com desconfiança, vendo-o antes como uma tentativa de passar as responsabilidades para o próprio doente.

A decisão do doente preocupa os médicos sobretudo quando aquele pode recusar o tratamento, com todas as dificuldades que podem daí decorrer. Por esse facto, a relação médico/ doente deve estar assente numa relação de confiança e de honestidade. A informação é influenciada pelo meio socioeconómico e cultural do doente, sendo esses os factores que condicionam a informação fornecida pelo médico.

Há a preocupação em informar os doentes acerca da sua doença, sem lhes afastar a esperança, de modo a poderem colaborar da melhor forma.

Mencionam a importância da família na transmissão da informação ao doente.

Outros aceitam totalmente o CI, praticam-no e referem que nunca tiveram qualquer tipo de dificuldade ou problema com este.

CATEGORIA O CI PODE CONTRIBUIR PARA A HUMANIZAÇÃO E QUALIDADE DA PRÁTICA CLÍNICA

Na categoria *O CI Pode Contribuir para a Humanização e Qualidade da Prática Clínica*, após a análise do conteúdo das respostas, foram levantadas 7 subcategorias, num total de 15 entrevistados, assinalando-se uma frequência de 183 unidades de registo.

A primeira subcategoria, *Relação Médico/ Doente*, regista uma frequência de 94 unidades de registo, sendo referida por 14 entrevistados.

A segunda subcategoria, *Existência de Relação*, obteve 44 unidades de registo, referida por 12 sujeitos.

A terceira subcategoria, *Não Contribui*, recebeu 22 unidades de registo, sendo citada por 11 entrevistados.

A quarta subcategoria, *Informação*, contabilizou 11 unidades de registo, com referência de 4 entrevistados.

A quinta subcategoria, *Trabalho em Equipa*, somou 3 unidades de registo, referida por 2 sujeitos.

A sexta categoria, *Participação do Doente*, alcançou 5 unidades de registo, com referência por 2 sujeitos.

A sétima categoria, *Hospital*, obteve 4 unidades de registo, tendo sido referida por 1 entrevistado.

Quadro 44

Distribuição das Subcategorias da Categoria:
O CI PODE CONTRIBUIR PARA A HUMANIZAÇÃO E
QUALIDADE DA PRÁTICA CLÍNICA,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º	%	Frequência
Sujeitos			
Relação Médico/ Doente	14	93,3	94
Existência de relação	12	80	44
Não contribui	11	73,3	22
Informação	4	26,6	11
Participação do doente	2	13,3	5
Trabalho em equipa	2	13,3	3
Hospital	1	16,6	4
Total	15	100	183

Fazendo uma análise global do quadro, verifica-se a ênfase dada à *Relação Médico/ Doente*, atingindo 93,3%, seguida da *Existência de Relação* entre o CI com Humanização e *Prática Clínica*, com 80%; *Não Contribui* soma 73,3%, *Informação* 26,6%, *Participação do Doente* surge com 13,3%, e com igual percentagem, o Trabalho em Equipa; por último, o *Hospital*, com 16,6%.

Alguns dos excertos das entrevistas ilustram o que acabou de ser referido:

RELAÇÃO MÉDICO/ DOENTE

É uma relação pessoal, com uma dimensão própria, baseada fundamentalmente no respeito pelo doente:

E106 É uma relação entre duas pessoas.

E106 E que tem sempre uma dimensão própria.

E106 E portanto a pessoa como ser humano tem, deve ter o nosso respeito.

E106 E considerá-las como pessoa e não apenas como doentes, que procuravam uma solução terapêutica.

E108 Tem que haver uma harmonia entre quem executa o acto cirúrgico, o acto terapêutico sobre o qual vai ser exercido.

E110 É preciso explicar, tem a ver com a relação médico/ doente.

E119 Precisamente pelo facto de o doente quando se sujeita a determinados procedimentos, vem mais tranquilo.

E119 Para o médico também tem outra tranquilidade, porque está a lidar com alguém que já tem conhecimento do contexto em que se vai desenrolar.

E120 O factor de relacionamento liga-se com o Consentimento Informado, é pressuposto o contínuo Consentimento Informado.

Na relação médico/ doente é necessário tempo e calma:

E110 Mas isto implica tempo nesta relação médico/ doente.

E110 Na actual sociedade e com as actuais pressões económicas, não há tempo , há uma despersonalização.

E110 O doente muitas vezes é visto por um médico e tratado por outro.

E110 Há uma despersonalização, porque há falta de tempo para o doente poder aceitar em consciência e com tranquilidade e calma.

Aparecem formas de paternalismo e até de certo autoritarismo:

E106 Somente aqui não concordo nada e já o disse antes, com a ideia que o doente partilhe.

E106 O doente não partilha nada!

E106 É informado da decisão.

E106 Tem que aceitar a decisão.

O CI contribui para a melhoria da relação entre o médico e o doente:

E106 O Consentimento Informado, a humanização do Consentimento Informado é no fundo, é um conjunto de questões que se levanta com o Consentimento Informado.

E106 O que se põe é que passamos de tratar de um doente para tratar de uma pessoa.

E107 Mas quando há a preocupação numa unidade de saúde que isso aconteça numa relação médico/doente, significa que há uma grande humanização nos cuidados.

E108 Pelo menos contribui no aspecto em que há uma relação de verdade entre o médico e o doente.

E117 Torna a relação mais humana entre o médico e o doente.

Para alguns médicos, o engano parte desta relação e tem um carácter humano e de protecção ao doente:

E111 O médico até pode estar a enganar o doente com carácter humano.

E111 Pode enganar o doente e pode ser um sentimento muito humano em relação ao doente.

EXISTÊNCIA DE RELAÇÃO

Acham que existe uma relação entre a qualidade e o CI:

E106 Há uma relação clara entre a qualidade e o Consentimento Informado.

E109 Eu acho que traz melhoria da qualidade na assistência.

E110 Um dos parâmetros de qualidade é o Consentimento Informado ao doente.

E112 O Consentimento Informado melhora a qualidade quer da prática, quer do serviço.

E116 Melhora a qualidade claramente.

É uma extensão da prática médica:

E106 Em certas circunstancias pode ... em certas circunstancias estamos mais complexos, e o consentimento informado não é mais que uma extensão da prática médica.

O CI é visto por alguns médicos como uma protecção legal para ambos (médicos e doentes):

E114 Mas o Consentimento Informado é visto pela grande parte como protecção legal para o médico, que executa o exame, aí tem um papel menor na qualidade.

E116 Eu penso que a nossa perspectiva em relação ao Consentimento Informado é mais protecção, do que propriamente a maior qualidade.

E116 Enfim, é tão protector para os dois lados.

Referem que o CI sempre existiu e que não é algo novo:

E117 Tem-se a noção de que o Consentimento Informado é uma, uma ideia nova.

E117 É nova no sentido de ser expressa.

E117 De ter alguma importância médico-legal, mas sempre existiu.

E117 Desde que a relação médico/ doente existe, existem informações do que se fazia.

E117 Nunca houve uma aceitação cega.

O CI contribuiu para a humanização da prática clínica:

E109 o Consentimento Informado a nível específico, técnico é essencial na boa e humana qualidade clínica.

NÃO CONTRIBUI

Há médicos que consideram que o CI não contribui para a qualidade na P.C, nem para a humanização:

E112 Não obrigatoriamente.

E112 Um critério de qualidade num serviço não pode ser a prática do Consentimento Informado, é muito mais abrangente.

E115 Porque a qualidade na prática clínica não tem a ver necessariamente com o Consentimento Informado.

E115 Há muita qualidade na prática clínica que não necessita de forma alguma do Consentimento Informado do doente.

E118 Pode haver qualidade clínica sem Consentimento Informado.

Não contribui para a humanização:

E112 Se for entregar o papel e *responda a isso* ou *assine aqui*, é evidente que não contribui.

E114 Acho que não.

E114 Em termos de humanização não contribui.

INFORMAÇÃO

O doente deve ser esclarecido pelo seu médico que está a acompanhar:

E107 Não concebo uma prática clínica em que as pessoas não saibam o que se está a fazer.

E116 Vai ter que explicar o que vai fazer.

Consideram que os doentes têm direitos:

E120 As pessoas tem direitos.

PARTICIPAÇÃO DO DOENTE

O doente participa e tem o direito de escolher, tomando a sua decisão de forma autónoma e livre:

E110 Nós não somos donos dos doentes.

E110 Não somos donos da vontade do doente.

E120 E implica uma qualidade dos actos clínicos prestados.

E110 Ele tem o direito de escolher.

E120 Porque a prática clínica implica uma participação do doente nas decisão.

TRABALHO EM EQUIPA

Deve existir um trabalho em equipa dos médicos e dos enfermeiros, sendo benéfico para o doente:

E113 Se num diagnóstico grave muitas vezes eu falo com a enfermeira e digo-lhe que explique a pouco e pouco o que ele tem.

E112 Se for alguém , por alguém experiente e por uma equipa experiente.

HOSPITAL

Consideram o hospital um meio hostil e é um factor que se deve ter consideração:

E113 Porque quando uma pessoa cai num hospital, cai num sítio totalmente estranho.

E113 Numa situação crónica, um doente que viveu 50 anos, quando cai num hospital, é o caos.

E113 É um choque.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria, *O CI Pode Contribuir para a Humanização e Qualidade da Prática Clínica*, os entrevistados dão grande importância à relação médico/ doente. Esta deve estar assente no respeito pelo doente sendo primordial haver tempo e calma para que a relação se desenrole da melhor forma. Consideram que o CI melhora a relação entre o médico e o doente.

Aparecem formas de paternalismo e até de certo autoritarismo. Mencionam o engano ao doente como fazendo parte desta relação tendo um carácter humano e de protecção.

Consideram existir uma relação entre o CI, a humanização, e a prática clínica, considerando que o consentimento uma extensão da prática médica, e que contribuiu para a humanização da prática clínica.

O CI é visto por alguns médicos como uma protecção legal para ambos (médicos e doentes).

Consideram que o CI sempre existiu, não sendo algo novo mas que sempre se praticou embora não com esse nome.

Outros contrariamente, consideram que o CI não contribui para uma humanização, e que pode haver qualidade e humanização não passando obrigatoriamente pelo CI.

O doente tem de ser esclarecido pelo médico e tem direitos. Quanto à participação do doente, é importante considerar que existe a autonomia da decisão do doente e que este deve participar na tomada de decisão.

No trabalho em equipa é mencionada a necessidade de haver este trabalho entre os médicos e os enfermeiros para se melhor realizar o CI.

Alguns encaram a necessidade de considerar o hospital como um meio hostil, um aspecto a ter em conta no atendimento e compreensão dos doentes.

CATEGORIA PARTICIPAÇÃO DOS ENFERMEIROS NA INFORMAÇÃO E NO CI

Na categoria *Participação dos Enfermeiros na Informação e no CI*, após a análise do conteúdo das respostas, foram levantadas 6 subcategorias, num total de 15 entrevistados, assinalando uma frequência de 117 unidades de registo, tendo a primeira subcategoria - *Devem Participar*, uma frequência de 32 unidades de registo, referida por 13 entrevistados;

A segunda subcategoria - *Trabalho em Equipa*, obteve uma frequência de 39 unidades de registo, sendo referida por 10 sujeitos;

A terceira subcategoria - *Médico*, somou uma frequência de 10 unidades de registo, citada por 5 sujeitos;

A quarta subcategoria - *Não Devem Participar*, contou com uma frequência de 24 unidades de registo, referida por 3 entrevistados;

A quinta subcategoria - *Declaração*, obteve uma frequência de 7 unidades de registo, com referência por 2 sujeitos.

Quadro 43

Distribuição das subcategorias da categoria:
PARTICIPAÇÃO DOS ENFERMEIROS NA INFORMAÇÃO E NO C.I.,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Devem participar	13	86,6	32
Trabalho em equipa	10	66,6	39
Médico	5	33,3	10
Não devem participar	3	20	24
Declaração	2	13,3	7
Decisão do doente	1	6,6	5
TOTAL	15	100	117

Fazendo a análise global do quadro, verifica-se que dentro das subcategorias, se dá maior ênfase à *Participação do Enfermeiro* (86,6%), seguida do *Trabalho em Equipa*, com 66,6%.; o *Médico* surge com 33,3%, enquanto a subcategoria os *Enfermeiros Não Devem Participar* somou 20%; segue-se a *Declaração do CI*, com 13,3%; e a *Decisão do Doente*, com 6,6%.

Alguns excertos ilustram o acima referido:

DEVEM PARTICIPAR

Consideram a participação da enfermagem no processo do CI de grande importância e até indispensável:

E108 Os enfermeiros têm uma grande importância.

E108 E portanto a sua presença é indispensável.

E109 Quem está permanentemente em contacto com o doente é o enfermeiro.

E109 Portanto, ele é que ouve aquilo que muitas vezes não dizem ao médico.

E110 O enfermeiro é o elo da terapêutica do doente.

Esta participação deve-se à relação de confiança que existe entre os doentes e os enfermeiros.

E114 Porque às vezes, os doentes confiam mais nos enfermeiros do que em nós, médicos.

E117 E com maior facilidade põem ao enfermeiro, porque têm uma relação mais próxima.

E118 Os doentes abrem-se um bocado mais com os enfermeiros, é mais um reforço da informação.

E113 Os enfermeiros tem mais contacto com o doente nas 24h do que o médico.

TRABALHO EM EQUIPA

Deve haver um trabalho em equipa entre a equipa médica e a da enfermagem, para que se possa realizar da melhor forma o CI:

E107 Desde que os enfermeiros estejam informados do que se vai passar e estejam integrados na equipa.

E110 O enfermeiro deve estar incluído e participar.

E114 Quando se toma a decisão, o enfermeiro fornece a informação que tem que ser em consonância com a equipa.

O enfermeiro é mencionado por alguns médicos como tradutor do que ele transmite:

E117 Sobretudo com os doentes com um grau cultural mais baixo, por vezes o que parece muito claro para os médicos, para os doentes não o é, e os enfermeiros podem explicar melhor ao doente, aquela informação, o conteúdo.

A existência da consulta de enfermagem reforça o conceito do CI num trabalho de equipa bem articulado com a equipa médica:

E106 E quando elas desenvolvem esta actividade na consulta de enfermagem, elas, fazem tal e qual como o médico. Existe a necessidade de preparar os profissionais para o CI.

E107 Nem todos os enfermeiros, nem todos os médicos estão preparados para este tipo de atitude.

E107 De estarem preparados para este tipo de mecanismo da instituição doente, relação médico/ doente ou o que quer que sejam.

No trabalho em equipa, tem que haver uma relação de confiança entre os seus membros, o que traz vantagens para o doente, tal como a confiança.

E114 Em termos de informação, há vantagens dos doentes confiarem mais.

MÉDICO

Para alguns médicos, existe uma hierarquia, em que o médico é superior hierárquico do enfermeiro:

E115 O consentimento informado como é da responsabilidade do médico.

E117 O médico deve assumir o consentimento informado.

O CI para alguns médicos, deve ser realizado por quem executa o acto:

E114 Cá não deve ser nem pelo enfermeiro nem pelo assistente, mas sim quem faz o acto médico.

E114 Em relação ao consentimento informado, acho que o consentimento informado deve ser obtido e realizado pela pessoa que faz o gesto.

E114 Nem é pela pessoa mais velha ou com mais experiência, é quem executa o acto, o gesto pessoalmente.

NÃO DEVEM PARTICIPAR

Alguns médicos consideram que os enfermeiros não devem participar, devem cingir-se à sua actuação específica de enfermagem:

E111 As enfermeiras tem um determinado papel, mas não devem meter-se nisso.

E111 Uma enfermeira quer dar orientação terapêutica ou diagnóstico, o melhor que tem que fazer é tirar o curso de medicina.

E120 Tenho que dizer que não pode haver na informação, no consentimento informado uma mistura tão grande, porque se baralha muitas coisas.

Alguns médicos demonstram uma atitude depreciativa para com a profissão de enfermagem, comparando-a aos “*homens do lixo*” e considerando que quanto menos habilitações tiverem, melhores profissionais serão:

E111 Eu prefiro uma enfermeira com a 4ª classe, são mais rápidas do que as doutoradas.

E111 Daqui a pouco, também os homens do lixo tiram um doutoramento!

E120 A enfermagem não tem razão para ser nível superior.

Deve haver a separação das áreas: a médica e a da enfermagem:

E110 Há uma vertente da enfermagem.

E110 Há duas vertentes: a médica e a da enfermagem.

DECISÃO DO DOENTE

Consideram que os doentes não querem participar no acto ou decisão terapêutica, demonstrando desconfiança quando há responsabilização para com eles.

E114 Mas continuo a dizer que há um grupo de doentes que não gosta que se divida a responsabilidade com eles e desconfiam tanto dos enfermeiros como dos médicos.

E114 Não pensam que a decisão é deles, dizer que não quer é mais fácil, que a culpa é do médico.

E114 Portanto, quando um membro da equipa médica, um assistente, um enfermeiro não tome a decisão final, não aceitam.

DECLARAÇÃO

A parte legal para alguns médicos, é constituída pelo acto formal da assinatura do CI:

E107 Estamos a falar do acto único da cirurgia, mas a preparação dos actos de diagnóstico, até à cirurgia, não, não é possível vir o médico que vai fazer a angiografia pedir a autorização.

E107 Portanto, é muitas vezes um procedimento institucional e.

E107 E estou convencido que em muitas situações não passa de um acto formal.

E107 Salvaguarda algumas situações legais, mas não é o essencial no consentimento informado.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados, nesta categoria *Participação dos Enfermeiros na Informação e no CI*, de uma maneira geral, os entrevistados dão muito valor à participação do enfermeiro na informação e no CI, devendo-se esta participação também à relação de confiança que existe entre os doentes e os enfermeiros.

Mencionam a importância de haver um trabalho em equipa entre a equipa médica e a da enfermagem, para que o CI se possa realizar da melhor forma. Neste trabalho em equipa, o enfermeiro é mencionado por alguns médicos como tradutor do que o médico transmite.

A existência da consulta de enfermagem reforça o conceito do CI num trabalho de equipa bem articulado com a equipa médica.

No trabalho em equipa tem que haver uma relação de confiança entre os seus membros para os doentes confiarem mais nessa informação.

Há a necessidade por parte de alguns médicos da existência de uma hierarquia, em que o médico é superior hierárquico do enfermeiro.

Alguns médicos acham que os enfermeiros não devem participar, devendo cingir-se à sua actuação específica de enfermagem, havendo até uma atitude depreciativa para com a profissão de enfermagem, comparando-a aos “homens do lixo”, pelo que da sua perspectiva, quanto menos habilitações, melhor.

Alguns pensam que deve haver a separação das áreas médica e da enfermagem. Consideram que os doentes não querem participar no acto ou escolha terapêutica, demonstrando desconfiança quando há responsabilização para com eles.

A parte legal é abrangida pelo acto formal da assinatura do CI.

CATEGORIA QUEM DEVE APLICAR O CI

Na categoria *Quem Deve Aplicar o CI*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 7 subcategorias, num total de 15 entrevistados, registando 66 unidades de registo.

A primeira subcategoria - *Médico*, registou uma frequência de 23 unidades de registo, sendo referida por 13 entrevistados.

A segunda subcategoria - *Relação Médico/Doente*, obteve 22 unidades de registo, tendo sido citada por 4 entrevistados.

A terceira subcategoria - *Enfermeiro*, alcançou 9 unidades de registo, sendo utilizada por 4 sujeitos.

A quarta subcategoria - *Trabalho em Equipa*, somou 7 unidades de registo, seleccionada por 4 entrevistados.

A quinta subcategoria - *Informação*, contou com 3 unidades de registo, aplicada por 2 entrevistados.

A sexta subcategoria - *Decisão do Doente*, obteve 1 unidades de registo, usada por 1 entrevistado.

A sétima subcategoria - *Instituição*, atingiu 1 unidade de registo, com referência por 1 sujeito.

Quadro 44

Distribuição das subcategorias da categoria
QUEM DEVE APLICAR O CI,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Médico	13	86,6	23
Relação médico/ doente	4	26,6	22
Enfermeiro	4	26,6	4
Trabalho em equipa	4	26,6	7
Informação	2	13,3	3
Decisão do doente	1	6,6	1
Instituição	1	6,6	1
TOTAL	15	100	66

Fazendo uma análise global do quadro, verifica-se que dentro das subcategorias é dada ênfase à subcategoria *Médico*, com 86,6%, seguida com igual percentagem de: *Relação Médico/ Doente*, *Enfermeiro*, e *Trabalho em Equipa*, com 26,6%. A subcategoria *Informação* surge com 13,3%, e por último, com igual percentagem de 6,6%, a *Decisão do Doente* e a *Instituição*.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

MÉDICO

A maioria considera que quem deve dar a informação e aplicar o CI é o médico, pois a explicação deve ser dada por quem executa os actos e por quem melhor conhece os procedimentos:

E106 É basicamente o médico.

É o primeiro responsável,

E106 o primeiro responsável, o primeiro responsável.

E107 O cirurgião que vai operar, deve ser ele o responsável.

E113 Bem, acho que na nossa prática médica actual, acho que podia ser o médico que efectivamente...

E107 A explicação deve ser dada por quem deve praticar os actos. Para mim está claro!

E110 A pessoa que melhor conhece o procedimento.

Surge também a necessidade da divisão dos vários sectores a que o doente vai ser submetido, dividindo o CI em várias áreas, a cirúrgica, a anestésica e assim por diante:

E110 Por exemplo, o Consentimento Informado que é dado sobre a anestesia que vai ser realizada; só pode ser explicada pelo anestesista e não pelo cirurgião .

E110 Deve partir da pessoa que souber explicar o procedimento que vai ser aplicado.

E114 Deve ser o profissional que executa o gesto a obter o Consentimento Informado.

Aparece ainda o factor legal, se o médico vai ser responsabilizado pelo acto médico, então que seja ele também a pedi-lo.

E116 Como a pessoa vai ser responsabilizada no fim, então que seja ela a pedir o Consentimento Informado.

E116 E também deve ter o direito de fazer perguntas mais específicas ao interveniente, a quem executa o acto cirúrgico.

RELAÇÃO MÉDICO/DOENTE

Nesta relação, é referida a falta de honestidade profissional por parte de alguns médicos:

E111 De uma forma honesta, baseando-se na sua honestidade profissional.

E111 Tive X sucessos e Y complicações.

E111 E na honestidade que este tem que ter.

E111 E esta honestidade não existe.

E111 E quase nunca anteriormente existiu.

E111 O Consentimento Informado tem que ser mais do que uma estatística.

E111 Até hoje só conheci um médico que dizia, “Olhe, eu tive estas complicações em 100 doentes”, ou “Eu não tenho experiência nessa cirurgia. Esse indivíduo até já morreu”. É assim.

Para muitos médicos, a relação médico/ doente tem que estar assente numa relação de confiança:

E111 Passa pela relação médico/ doente e na confiança que o doente deposita neste.

E120 Com condições de diálogo com o doente, perfeitamente em ambiente privado.

E120 É muito pessoal.

E109 Acho que devem ser as partes interessadas, o médico e o doente.

A relação médico/ doente é frequentemente ainda norteadada pelo paternalismo:

E111 Não há uma participação do doente no tratamento.

E111 Este não pode discutir com o médico daquilo que não percebe.

E111 O médico é que decide e pronto!

E111 Ou aceita ou não aceita.

E111 Esta participação do doente na decisão é mentira, não pode , nem deve existir, é assim.

ENFERMEIRO

Podem actuar, mas de uma forma restrita à sua área de enfermagem:

E106 Em certas circunstâncias a enfermagem pode, depende isso depende, de que gesto estamos a falar, de que circunstâncias estamos a falar.

E106 Por exemplo, num gesto endoscópico se o pessoal de enfermagem, formado, bem formado na área da endoscopia, terá capacidade de fazer, de fazer parte.

Alguns não consideram muito importante a sua actuação e até incomodo a presença destes durante o contacto médico com os doentes:

E120 Isto porque eu embirro quando estão os enfermeiros especados a ouvir a conversa que estamos a ter com os meus doentes.

E120 O enfermeiro está para colaborar, não para isto!

TRABALHO EM EQUIPA

Sobrevém a necessidade da colaboração mútua entre os enfermeiros e os médicos durante todo o processo de informação e do CI:

E107 Até há hospitais em que tem que ser o médico e a enfermeira para obtenção desse Consentimento Informado.

E112 Pode ser toda a equipa que ali trabalha.

E112 Numas situações pode ser o médico, noutras a enfermeira.

INFORMAÇÃO

Os médicos sentem a necessidade de esclarecer e informar os doentes de forma clara e eficaz:

E110 O doente deve perceber até à exaustão o que lhe vão fazer e só depois é que poderá dar o seu consentimento informado.

E111 E mais, o médico explica ao doente o que vai ser feito.

Esta informação também depende do nível cultural do doente, daí a necessidade sentida pelos médicos de a adequa:

E110 dependendo do seu nível cultural.

DECISÃO DO DOENTE

Para alguns médicos, os doentes deveriam ter a autonomia e a liberdade de escolha do seu cirurgião / médico:

E110 E escolher em consciência a cirurgia, o cirurgião.

INSTITUIÇÃO

Neste ponto há a necessidade de responsabilizar a Instituição pelo CI:

E108 Acho que será a instituição onde o acto clínico vai ser realizado, feito.

Em **síntese** e em relação aos dados apresentados nesta categoria, *Quem deve aplicar o C.I.*, a maioria considera ser o médico quem deve dar a informação e o CI, pois a explicação deve ser dada por quem executa os actos e que por isso, conhece melhor os procedimentos.

Ocorre a necessidade da divisão dos vários sectores a que o doente vai ser submetido, dividindo o CI em várias áreas de especialidades.

Na relação médico/ doente é referida a falta de honestidade profissional por parte de alguns médicos. Esta relação tem que estar assente numa relação de confiança. Porém, ainda muitas vezes, é norteadada pelo paternalismo.

Em relação ao papel do enfermeiro em todo este processo, este deve assumir uma atitude restrita à sua área de enfermagem. Alguns médicos não consideram o papel do enfermeiro muito importante, encarando como incómoda a presença daqueles durante o seu contacto com os doentes.

No trabalho em equipa, destaca-se a necessidade da colaboração mútua entre os enfermeiros e os médicos durante todo o processo de informação e do CI.

Sobre a informação dada pelos médicos aos doentes, aqueles sentem a necessidade de os esclarecer e os informar de forma eficaz.

A informação depende do nível cultural do doente, daí o cuidado de adequar a linguagem a cada indivíduo.

Para certos médicos, os doentes deveriam ter autonomia na escolha do seu cirurgião / médico.

Alguns sentem a necessidade de responsabilizar a Instituição pelo CI.

CATEGORIA SIGNIFICADO

Na categoria *Significado*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 5 subcategorias, num total de 15 entrevistados, registando 110 unidades de registo, tendo a primeira subcategoria - *Informação*, registado uma frequência de 25 unidades de registo, sendo referida por 11 entrevistados.

A segunda subcategoria - *Autonomia do Doente*, obteve 16 unidades de registo, sendo referida por 9 entrevistados.

A terceira subcategoria - *Declaração*, alcançou 25 unidades de registo, sendo citada por 8 sujeitos.

A quarta subcategoria - *Relação Médico/ Doente*, somou 36 unidades de registo, utilizada por 6 entrevistados.

A quinta subcategoria - *Trabalho em Equipa*, auferiu 8 unidades de registo, com referência por 2 sujeitos.

Quadro 45

Distribuição das subcategorias
da categoria SIGNIFICADO,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Informação	11	73,3	25
Autonomia do doente	9	60	16
Declaração	8	53,3	25
Relação médico/doente	6	40	36
Trabalho em equipa	2	13,3	8
TOTAL	15	100	110

Fazendo uma análise global do quadro, verifica-se que dentro das subcategorias, é dado maior realce à subcategoria *Informação*, com 73,3%, seguida da *Autonomia do Doente*, com 60%; logo depois, surgem as subcategorias *Declaração*, com 53,3%, *Relação Médico/Doente*, com 40%, e por fim, o *Trabalho em Equipa*, com 13,3%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

INFORMAÇÃO

O esclarecer o doente de forma eficaz e adequada aparece como um factor importante na informação e no CI:

E106 A explicação ... hum ... tão simples e tão compreensível pela parte do doente do que nós vamos fazer.

E106 O problema aqui ... hum ... é o aspecto hum ... de nós ficarmos conscientes que o doente compreendeu e entendeu perfeitamente aquilo que lhe foi dito.

E106 A partir do momento em que temos essa, no nosso consciente que o doente entendeu perfeitamente o que se lhe vai fazer e a razão porque se lhe vai fazer.

E108 O doente tem que saber o quê, o porquê, as consequências e os efeitos secundários que possam ter, e os efeitos benéficos em princípio, são todos para ter.

E110 O Consentimento Informado implica como o nome indica, dizer a informação de dado procedimento.

E113 Onde é explicado ao doente tudo, todos os pormenores.

O doente tem direito à informação:

E116 O doente tem o direito de ser completamente informado do que se vai ser feito.

AUTONOMIA DO DOENTE

A autonomia do doente para alguns médicos, não existe, sendo esta restrita à decisão clínica, exclusiva do médico e sem partilha com o doente:

E106 E não é partilhar connosco a decisão.

E106 Porque a decisão é médica.

E106 Aceitar a decisão médica de uma forma mais consciente.

E106 Não há partilha de decisão.

E106 Não escolhe,

E106 Porque não está em condições de escolher.

E106 Quem decide é o médico.

E106 O médico é que tem que escolher.

Em contraponto, por outros médicos é referida a importância da decisão do doente, nomeadamente na autorização dos procedimentos e actos médicos, dando importância e relevo à autonomia do doente:

E108 Em que ele dá, o seu, o seu sinal de afirmação ao médico para o fazer.

E110 O Consentimento Informado é a aceitação por parte do doente de determinada técnica, diagnóstico e /ou terapêutica, devidamente esclarecido sobre todos estes procedimentos.

E112 É a solicitação ao doente de uma forma esclarecida.

E112 A autorização para fazer um procedimento médico.

E114 É uma autorização para um procedimento médico quando têm algum risco.

E115 O doente consente a sua cirurgia ou tratamento depois de ter sido informado.

E118 É uma autorização dada pelo doente.

E118 O doente tem que dizer se aceita ou não fazer os exames complementares ou outras técnicas invasivas.

E119 É a autorização que o doente dá para que se faça determinados procedimentos.

E120 Primeiro o Consentimento Informado visa respeitar as preferências dos doentes face às alterações que se propõe tendo em vista a sua autonomia.

Aparece também nesta autonomia do doente, o direito à recusa ao tratamento:

E110 O doente tem o direito de não aceitar aquilo que vai ser feito, depois de devidamente explicado.

E110 Eu penso que isto acontece quando por vezes, os doentes que vão autorizar o procedimento não estão esclarecidos, sobre os quais não estão devidamente esclarecidos.

DECLARAÇÃO

Na declaração do CI, existem dificuldades quanto ao seu significado, considerando este complicado e mal definido:

E106 É complicado o Consentimento Informado assim rapidamente.

E108 Para mim, o Consentimento Informado é uma coisa um pouco mal definida.

Em relação à sua prática, alguns médicos consideram que esta já é praticada há muitos anos, antes da sua implementação em Portugal com o nome de CI:

E106 É uma prática médica que nós já tínhamos.

E106 Eu julgo que nós, que muitos de nós já tínhamos, mesmo antes de chegar estas, estas, estas normas, directrizes.

Alguns médicos consideram-no como um prolongamento da consulta:

E106 O Consentimento Informado não é mais do que o prolongamento de uma consulta.

E106 Consulta onde se toma uma decisão um pouco, um pouco, pouco mais complexa quer dizer.

Consideram que este só é mencionado para os actos cirúrgicos e não abrange a área de medicina, havendo até uma desresponsabilização das outras especialidades:

E111 E porque é que só se fala da cirurgia e não da medicina?

E111 O Consentimento Informado é mais para a cirurgia do que para a medicina.

E111 O doente pode correr bem e não ter complicações, mas da parte da medicina, da parte cardíaca pode ter.

E111 E quando assinou o papel do Consentimento Informado, foi para aquela cirurgia onde estava especificados os riscos e ele teve um problema cardíaco.

Consideram que esta declaração do CI deve ser obrigatória:

E16 E acho que é obrigatório em qualquer acto, que actue na integridade do doente, com a pele, tudo o que interfira.

O CI tem uma componente jurídica muito importante, de defesa do médico:

E107 Tem dois aspectos; um é o aspecto formal, em que há um documento em que o médico e o doente assina.

E107 Uma autorização para que o médico, o hospital ou o quer que seja façam o procedimento diagnóstico ou terapêutico, explicando ao doente.

E 107 Esta é a parte formal do Consentimento Informado.

E108 Se possível, com testemunhas.

E116 É um documento que protege os dois lados da questão, seja o médico seja o doente.

E116 E ambos devem assinar.

Consideram que o CI pode ter interesse mas não é o mais importante:

E107 Pode ter mais interesse, mas não é o mais importante.

RELAÇÃO MÉDICO/ DOENTE

É baseada numa relação de confiança entre o médico e o doente:

E106 O que me interessa mais é o doente.

E107 O Consentimento Informado é uma parte na relação médico/ doente mais importante.

E107 O que se pretende do doente mais do que a autorização, é a compreensão do que se vai passar.

E111 É uma relação de confiança

E111 Mas sobretudo de honestidade para com o doente.

E116 É bom para os dois lados.

E120 Versus um conceito de paternalismo que era o que...

E120 Tendo sempre em vista que está sempre presente o bem do doente.

E111 O Consentimento Informado é mais do que informar o doente, vai para além disso.

Nesta relação é também mencionada a falta de honestidade profissional do médico para com o doente.

E111 Não há honestidade da parte dos médicos.

E111 Portanto, é difícil falar assim de Consentimento Informado.

É também abordada a preocupação com o erro terapêutico.

E111 E se houver um problema com a medicação, um erro, como é?

TRABALHO EM EQUIPA

Este trabalho em equipa é realizado entre os médicos e os enfermeiros, onde deve existir uma sintonia entre eles:

E107 Ou o doente e a enfermeira que fazem parte da equipa.

E113 Mas acho que o Consentimento Informado tem a ver com a actividade em equipa.

E113 Que todas as pessoas funcionem de acordo.

E113 Em equipa, no qual está inserido o doente.

E113 Tem que haver um consenso, na equipa estarem todos sintonizados.

Em **síntese** e em relação aos dados apresentados na categoria *SIGNIFICADO*:

O acto de esclarecer o doente surge como um factor importante na informação e no CI; neste, é também referida a importância dos direitos do doente.

A autonomia do doente é negada por alguns médicos e restrita à decisão clínica, já que a decisão é exclusiva do médico, não havendo partilha com o doente.

Em contraponto, é referida por outros médicos a importância da decisão do doente, nomeadamente na autorização dos procedimentos e actos médicos, dando relevo à autonomia do doente bem como o direito deste à recusa do tratamento.

Na declaração do CI existem dificuldades quanto ao seu significado, sendo considerado complexo. Em relação à sua prática, alguns médicos consideram que o CI tem sido praticado desde há muitos anos, antes da sua implementação em Portugal com o nome de *CI*.

Declaram que este é apenas mencionado para os actos cirúrgicos, não abrangendo a área de medicina, havendo até uma desresponsabilização das outras especialidades.

Consideram que esta declaração do CI deve ser obrigatória.

O CI contém uma componente jurídica muito importante, de defesa do médico, sendo baseado numa relação de confiança entre o médico e o doente.

Nesta relação, é também mencionada a falta de honestidade do médico para com o doente, sendo também abordada a preocupação com o erro terapêutico.

Revelam a importância do trabalho em equipa que deverá ser realizado entre os médicos e os enfermeiros, devendo existir uma sintonia entre eles.

CATEGORIA OBRIGATORIEDADE

Na categoria *Obrigatoriedade*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 7 subcategorias, num total de 15 entrevistados, assinalando-se 113 unidades de registo.

A 1ª subcategoria - *Declaração*, marcou uma frequência de 27 unidades de registo, sendo utilizada por 11 entrevistados.

A 2ª subcategoria - *Obrigatório*, obteve 16 unidades de registo, tendo sido referida por 11 entrevistados.

A 3ª subcategoria - *Informação*, contabilizou 17 unidades de registo, sendo citada por 7 sujeitos.

A 4ª subcategoria - *Dificuldades*, apontou 17 unidades de registo, empregada por 4 entrevistados.

A 5ª subcategoria - *Relação Médico/ Doente*, somou 18 unidades de registo, com referência por 3 sujeitos.

A 6ª subcategoria - *Não Obrigatório*, obteve 14 unidades de registo, sendo referida por 3 entrevistados.

A 7ª subcategoria - *Decisão do Doente*, auferiu 2 unidades de registo, sendo citada por 2 entrevistados.

A 8ª subcategoria - *Trabalho em Equipa*, alcançou 2 unidades de registo, tendo sido referida por 2 sujeitos.

Quadro 46

Distribuição das subcategorias
da categoria OBRIGATORIEDADE,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Declaração	11	73,3	27
Obrigatório	11	73,3	16
Informação	7	46,6	17
Dificuldades	4	26,6	17
Relação médico/doente	3	20	18
Não obrigatório	3	20	14
Decisão do doente	2	13,3	2
Trabalho em equipa	2	13,3	2
TOTAL	15	100	113

Fazendo uma análise global do quadro, verifica-se que dentro das subcategorias, é dado igual destaque às subcategorias *Declaração* e *Obrigatório*., com 73,3%; seguidas da *Informação*, com 46,6%, *Dificuldades*., com 26,6%, *Relação Médico/Doente* e *Não Obrigatório*., com a

percentagem de 20%, e por último e com igual percentagem de 13,3%, *Decisão do Doente e Trabalho em Equipa*.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

DECLARAÇÃO

O CI tem, para muitos médicos, uma componente legal e jurídica muito forte, indo para eles, mais além desta componente legal e burocrática, significando mais do que o doente assinar o papel – é toda uma filosofia que o envolve:

E106 E depois será, não é uma norma.

E106 Eu já fiz muitos Consentimentos Informados. É só dar o papel e pedir para assinar, eu não acho que isto seja um consentimento informado.

E106 É apenas a resolução de um aspecto burocrático.

E106 E portanto, não basta dar-lhe o papel e que ele assine no fim do papel, e a partir daqui está o consentimento informado feito.

E106 É apenas um aspecto burocrático que tem pouco a ver com o Consentimento Informado.

E107 Mas a gente consegue ver a obrigatoriedade do documento.

E107 A obrigatoriedade do documento é-me indiferente.

O CI não defende legalmente o médico nem o doente, tendo um valor legal discutível. É mais uma medicina defensiva do que outra coisa:

E111 Não defende o médico no tribunal.

E111 O doente assina um papel e fica descansado e sobretudo o médico também.

E111 Não o protege.

E120 Há aqui um ponto que é falso que é essa ideia de que há uma folha e que o doente assina. Isto não é nada!

E120 Tem um valor legal discutível.

E120 Mas isso era a maneira cómoda de ilibar o médico sem mais nada.

E120 Não é isso o Consentimento Informado.

E120 Pode ter uma formalização desse tipo, mas não acaba aí. Esse é o ponto!

E120 O problema do Consentimento Informado não se esgota com o papel que se faz.

E114 Mas hoje em dia, não há outra forma de praticar a medicina.

Outros médicos acham que a declaração do CI os defende legalmente, e que são protegidas as duas partes:

E109 Concordo por duas razões, uma primeira ou segunda, não sei, por defesa do médico.

E109 E outra, a defesa do doente.

E115 Concordo porque penso que é uma atitude que protege o médico e o doente.

E115 Protege o doente porque sabe os riscos e benefícios que podem advir.

E119 Porque é uma segurança para o profissional no sentido em que... hum... o doente não pode alegar no caso de haver algum efeito secundário, ou complicação, ou algum efeito desajustado, que não teve conhecimento do procedimento.

OBRIGATÓRIO

Consideram fundamental a obrigatoriedade no CI:

E107 A obrigatoriedade do aspecto profissional, concordo!

E108 Hoje em dia é essencial.

Referindo também a componente ética desta obrigatoriedade:

E106 Em primeiro lugar uma obrigatoriedade ética.

E106 E agora como isto se torna prática corrente e lá no fundo o sentido ético da medicina.

NÃO OBRIGATÓRIO

Há médicos que não concordam com a obrigatoriedade do CI, achando-a excessiva e que não ajuda, não vendo no CI qualquer utilidade.

Defendem que não se pode colocar o CI na realidade portuguesa, sendo uma realidade americana:

E117 A obrigatoriedade, acho um pouco excessivo.

E111 E mais, o Consentimento Informado não serve de nada.

E111 E não ajuda a detectar a má prática.

E111 Essa fica oculta.

E111 Não acredito que os meus colegas façam algo propositado ao doente para ele não beneficiar com o tratamento.

E111 Nós não podemos colocar a realidade dos EUA em Portugal.

INFORMAÇÃO

Referem o baixo nível sócio económico e cultural, factores que influenciam o CI:

E106 O problema às vezes ,e nós vemos muito, muitas vezes vemos Consentimentos Informados escritos e sabemos claramente que as pessoas não entendem metade do que está lá escrito.

E106 Porque muitos dos textos... hum... por muito simples que sejam, nós não temos a certeza que eles entendem.

E106 Porque o nível cultural e social é baixo.

E106 Ou seja, nós temos que ficar conscientes de que o doente entendeu, o doente e a família, às vezes.

Referem também a ausência de informação, não sendo fornecida pelos médicos ao doente:

E109 Não sabem o que lhes vão fazer.

E109 E sobretudo nestas pequenas ou grandes organizações desorganizadas, não sabem o que lhes vão fazer.

E109 Não sabem a que é que vão ser operados e, quando sabem, não sabem o que lhes fizeram.

E109 Pergunta-se ao doente a que foi operado e a resposta é "não sei".

E109 Foi operado ao estômago e o que lhe fizeram e responde "não sei".

E109 Podiam não saber os nomes técnicos, mas podiam saber o que lhes fizeram.

E109 Não fazem a mais pequena ideia e não tem um relatório a maior parte deles.

DIFICULDADES

A dificuldade em testar a obrigatoriedade do procedimento:

E107 Mas não consegue testar a obrigatoriedade do procedimento, da explicação e da obtenção do Consentimento Informado.

RELAÇÃO MÉDICO/DOENTE

Referem a importância do contacto humano e da relação de confiança que tem de nortear esta relação:

- E111 Os doentes queixam-se sobretudo não dos tratamentos que lhes são feitos.
- E111 Mas sim da maneira como os médicos o tratam, da forma como os atendem.
- E111 Acusam da morte da mãe, porque não queriam que esta morresse.
- E111 Mas nunca têm bases técnicas.
- E111 Passa sobretudo pela relação médico/doente.
- E111 Que se estabelece da relação de confiança da parte do médico.
- E120 É do contacto humano!
- E120 E não de erros técnicos.
- E120 Mas sim no acompanhamento do doente até à alta.

DECISÃO DO DOENTE

A importância da autorização do doente para o médico poder proceder à realização dos actos médicos:

- E112 Desde que esteja consciente e colabore.
- E117 Haverá doentes em que será importante.

TRABALHO EM EQUIPA

A necessidade do trabalho em equipa para o bom sucesso do CI, mas fundamentalmente este trabalho depende das relações estabelecidas com quem se trabalha:

- E113 Mas tenho que dizer com toda a franqueza que depende com quem se trabalhe.
- E120 A... a... depende destes dois pontos que eu falei.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados, na categoria *Obrigatoriedade*, a subcategoria que apresenta maior percentagem, correspondente a 73,3%, refere a importância da declaração do CI.

O CI tem uma componente muito forte legal e jurídica para muitos médicos, indo para eles mais além desta componente legal e burocrática; é mais do que o doente assinar o papel, é toda uma filosofia que o envolve.

O CI não defende legalmente o médico nem o doente, tendo um valor legal discutível. É mais uma medicina defensiva do que outra coisa.

Outros médicos acham que a declaração do CI os defende legalmente, e que são protegidas as duas partes.

Consideram fundamental a obrigatoriedade no CI, referindo também a componente ética desta obrigatoriedade.

Há médicos que não concordam com a obrigatoriedade, achando-a excessiva e que não ajuda, afirmando que o CI não tem qualquer utilidade.

Defendem que não se pode colocar o CI na realidade portuguesa, tratando-se de uma realidade americana.

Referem o baixo nível socioeconómico e cultural, factores que influenciam o CI, bem como a ausência de informação (que não é fornecida pelos médicos ao doente), e a dificuldade em testar a obrigatoriedade do procedimento.

Referem a importância do contacto humano e da relação de confiança que têm de nortear esta relação.

É importante a autorização do doente para o médico poder proceder à realização dos actos médicos.

Há necessidade do trabalho em equipa para o sucesso do CI, mas fundamentalmente, este trabalho depende das relações estabelecidas com quem se trabalha.

1.2 – Unidade temática: O CONSENTIMENTO INFORMADO DA PERSPECTIVA DE ENFERMAGEM (NA ASSISTÊNCIA PRIVADA)

Quadro 47

Distribuição das categorias e subcategorias da Unidade Temática
CONSENTIMENTO INFORMADO NA PERSPECTIVA DE ENFERMAGEM
NA ASSISTÊNCIA PRIVADA,
por Número de Sujeitos e Frequência

Categorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Tipo de participação do Enfermeiro no CI e na informação	15	100	222
O CI contribui para a humanização	15	100	107
Significado	15	100	83
Quem deve aplicar o CI	15	100	48

Na Unidade Temática *Consentimento Informado na Perspectiva de Enfermagem na Assistência Privada*, foram formuladas aos entrevistados as perguntas do seguinte modo:

- *O que é para si o Consentimento Informado?*
- *Quem deve proceder à aplicação do Consentimento Informado?*
- *Na sua opinião, qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do Consentimento Informado aos doentes?*
- *Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes têm um diagnóstico grave?*
- *Acha que o Consentimento Informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.*

Após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 4 categorias, tendo a primeira categoria - *Tipo de Participação do Enfermeiro no CI e na Informação* - registado uma frequência de 222 unidades de registo, sendo referida por 15 sujeitos.

A segunda categoria, - *O CI Contribui para a Humanização*, obteve 107 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados.

A terceira categoria, - *Significado*, somou 83 unidades de registo, sendo citada por 15 entrevistados.

A quarta categoria, - *Quem Deve Aplicar o CI*, obteve 48 unidades de registo, utilizada por 15 sujeitos.

Fazendo uma análise global do quadro, verifica-se que é dado igual relevo – 100% – a todas as categorias.

Em síntese, os entrevistados consideram o Consentimento Informado de grande utilidade na prática de enfermagem, assim como a participação destes no CI e na informação, contribuindo deste modo, para a humanização dos cuidados e também através do próprio significado que tem para eles o CI.

CATEGORIA SIGNIFICADO

Na categoria "*Significado*", após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 4 subcategorias, num total de 15 entrevistados, registando uma frequência de 83 unidades de registo.

A 1ª subcategoria - *Informação*, registou uma frequência de 41 unidades de registo, sendo referida em 13 entrevistados.

A 2ª subcategoria, -*Participação do Doente*, obteve 26 unidades de registo, sendo referida por 11 entrevistados.

A 3ª subcategoria, - *Declaração*, contou com uma frequência de 13 unidades de registo, sendo citada por 6 sujeitos.

A 4ª subcategoria, -*Médico*, somou uma frequência de 3 unidades de registo, tendo sido utilizada por 2 entrevistados.

Quadro 48

Distribuição das subcategorias da categoria:
SIGNIFICADO,
por Número de Sujeitos e Frequências

Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Informação	13	86,6	41
Participação do doente	11	73,3	26
Declaração	6	40	13
Médico	2	13,3	3
Total	15	100	83

Fazendo uma análise global do quadro, verifica-se que a primeira subcategoria e termos de frequência é *Informação*, com 86,6%, seguida da subcategoria *Participação do Doente*, com 73,3%, depois surge *Declaração*, com 40%, e por último, a subcategoria *Médico*, com 13,3%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido.

INFORMAÇÃO

O médico tem como principal objectivo durante todo o processo esclarecer o doente:

E91 Tem para isso, o médico de informar o que é que vai fazer.

E91 Quais as contra indicações.

E91 O que é que pode acontecer, o que é que não pode acontecer.

E91 E depois de tudo explicado ao doente.

E101 E tem a noção dos riscos e benefícios que terá com, com... hum... o procedimento.

Antigamente, esta informação não era fornecida aos doentes, devido à atitude paternalista dos médicos:

E95 Antigamente não havia essa informação, o doente fazia a medicação, poderia saber ou não e pouca informação lhe era dada.

E95 Porque dantes poucas pessoas eram informadas da doença, da situação clínica, da atitude terapêutica.

O doente tem o direito à informação e à recusa do tratamento:

E93 Tem o direito de dizer que sim ou não.

E93 Mas tem o direito de ser informado de todos os procedimentos.

E97 O direito que as doentes têm de saber o que vai acontecer com eles.

Há a necessidade de envolver a família, não só no caso de incapacidade como também como ajuda na melhor recuperação do doente:

E97 À parte disso, quando a doente não está nas suas faculdades... hum... tem que ser o familiar mais próximo... hum... ou, ou assim.

E97 Para depois convocar um familiar.

PARTICIPAÇÃO DO DOENTE

O doente participa activamente na decisão e na autorização sobre o acto médico, assumindo algum risco no que se vai realizar ou acontecer.

E91 O Consentimento Informado é o consentimento dado pelo doente ao acto médico ao qual vai ser submetido.

E98 E o doente consente ou não o que lhe vai ser efectuado.

E91 O doente assina o papel a dizer que está esclarecido.

E97 Procurar e eu até tinha esse hábito a Sra. sabe o que vem fazer? O que não vem fazer, sim Sr; e depois vem um papel assinado por ela e depois ela confere. É isso não é?

E105 E depois assina ou não se concorda com aquilo que lhe vai ser feito.

E92 O Consentimento Informado é a autorização dada pelo utente para que sejam feitos todos os procedimentos.

E92 Portanto o Consentimento Informado é a autorização que o doente dá para que sejam feitos os procedimentos previamente combinados.

E96 Assumindo em parte também algum risco daquilo que vai ou possa acontecer.

DECLARAÇÃO

Na declaração há limitações porque o médico não sabe o que vai encontrar quando opera o doente:

E92 Porque há às vezes, há um bocadinho aquela ideia que se abre o doente e que se pensa que se vai mais aqui ou ali e não se pode.

E92 Tem que se fazer de novo.

E também surgem as dúvidas sobre em que consiste e para que serve:

E94 Eu li qualquer coisa sobre isso.

E100 Não sei bem a definição, mas acho que é assim.

Contudo, os enfermeiros consideram a declaração importante para o doente:

E95 Acho que é importante.

E95 E que vem a ser feito ultimamente.

E104 É toda a atitude que tem.

MÉDICO

O médico assume a sua total responsabilidade no diagnóstico e tratamento do doente:

E94 Quer dizer sobre o diagnóstico, diz respeito completamente ao médico.

O CI aparece na relação médico/doente sendo pautado pelo diálogo entre o médico e o seu paciente:

E96 Para mim, o Consentimento Informado... hum... é todo o diálogo que existe entre o paciente e o médico.

E96 No sentido de o médico o informar sobre o que ele na realidade pensa que tem.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados na categoria *Significado*, os entrevistados referiram que o médico tem como principal objectivo durante todo o processo, esclarecer o doente.

Antigamente, esta informação não era fornecida aos doentes, devido à atitude paternalista dos médicos.

O doente tem o direito à informação e à recusa do tratamento.

O doente participa activamente na decisão e na autorização sobre o acto médico, assumindo algum risco no que se vai realizar ou acontecer.

Na declaração do CI há limitações, porque o médico não sabe o que vai encontrar quando o opera.

Contudo, os enfermeiros consideram a declaração importante para o doente.

O médico assume a sua total responsabilidade no diagnóstico e tratamento do doente.

CATEGORIA QUEM DEVE APLICAR O CI

Na categoria *Quem Deve Aplicar o CI*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 5 subcategorias, num total de 15 entrevistados, registando 48 unidades de registo.

A primeira subcategoria - *Médico* - registou uma frequência de 19 unidades de registo, sendo referida por 12 sujeitos.

A segunda categoria - *Declaração* - obteve 12 unidades de registo, utilizada por 6 sujeitos.

A terceira categoria - *Trabalho em equipa* - obteve 8 unidades de registo, sendo mencionada por 5 entrevistados.

A quarta categoria - *Profissional de saúde* - auferiu 6 unidades de registo, citada por 3 sujeitos.

A quinta categoria - *Família* - somou 3 unidades de registo, tendo sido referida por 2 entrevistados.

Quadro 49

Distribuição das subcategorias pela categoria:

QUEM DEVE APLICAR O CI,
pelo Número de Sujeitos e Frequência

Subcategoria	N.º	%	Frequência
Sujeitos			
Médico	12	80	19
Declaração	6	40	12
Trabalho em equipa	5	33,3	8
Profissional de saúde	3	20	6
Família	1	6,6	1
Total	15	100	48

Fazendo uma análise global, verificamos que dentro das subcategorias, *Médico* apresenta 80%, sendo referido que o médico é quem deve aplicar o CI; segue-se *Declaração do CI* com 40%, a importância do *Trabalho em Equipa* registou 33,3%, seguida de *Profissional de Saúde*, com 20%; em último surge a subcategoria *Família*, com 6,6%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

MÉDICO

Os enfermeiros consideram que quem deve aplicar o CI devem ser os médicos, assim como todo o processo de informação:

E94 Tem que ser o médico.

E94 Para dar informação ao doente, compete mais.

E95 Deve ser feita pelo médico.

DECLARAÇÃO

A declaração do CI para os enfermeiros, divide-se em actos de enfermagem, na área restrita de enfermagem, onde a sua área de actuação é limitada e por vezes dúbia e confusa para muitos dos enfermeiros que não sabem como agir perante o CI:

E93 Se nós enfermeiros formos fazer uma técnica a uma pessoa, devíamos pedir o consentimento para quase tudo.

E94 A nós, apoiar o que for preciso.

E95 E consoante a informação que lhe é dada, nós podemos ver até onde é que podemos ir.

E95 Até onde podemos informar.

E95 E não ultrapassar o que o médico disse ou esclareceu.

E96 Não quer dizer que a enfermagem não colabore.

E100 E penso que a enfermeira também pode ter algum papel nisso.

TRABALHO EM EQUIPA

Este trabalho em equipa deve ser realizado entre o utente e o médico:

E92 O utente e o médico.

E também entre o médico e o enfermeiro, numa visão de equipa multidisciplinar:

E97 Os enfermeiros e os médicos.

E100 Mas acho que deve ser numa equipa multidisciplinar.

E100 As decisões que damos ao doente, devem ser em equipa.

E104 No meu ponto de vista, caberá a duas pessoas: ao médico e ao enfermeiro.

E104 O enfermeiro, quando faz um penso, complementando o que o médico fez ou disse.

E104 Acho que tem que haver um trabalho em equipa.

PROFISSIONAL DE SAÚDE

Quem deve aplicar o CI é o profissional de saúde de uma forma lata e abrangente, qualquer profissional que realizar um acto com o doente, respondendo por esse mesmo acto:

E93 O Consentimento Informado para actos médicos ou de enfermagem, o profissional que irá realizar o procedimento.

E93 Daí depende de quem o for realizar.

E98 Nos outros procedimentos que nós vamos efectuar, são consentimentos que cada profissional de saúde deve informar o doente.

E98 Cada um na sua área.

E99 Eu penso que terá que ser o profissional que fala ou prestará esses cuidados.

E99 O próprio doente, para depois ter confiança e saber quem lhe deve prestar informações e esclarecê-lo se for o caso.

FAMÍLIA

Acham que deve ser a família a aplicar o CI, no caso de menores ou quando o doente não é auto-suficiente:

E92 Ou então o familiar, quando é um doente com menos de 12 anos.

E92 Ou quando é um utente que, que não é auto-suficiente.

E92 Ou doentes mentais, são os responsáveis ou os tutores.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria *Quem Deve Aplicar o Consentimento Informado*, os enfermeiros consideram que quem deve aplicar o CI devem ser os médicos, assim como todo o processo de informação.

A declaração do CI para os enfermeiros divide-se em actos de enfermagem, na área restrita de enfermagem, onde a sua área de actuação é limitada e por vezes dúbia e confusa para muitos dos enfermeiros, que não sabem como agir perante o CI.

Este trabalho em equipa deve ser realizado entre o utente e o médico.

Quem deve aplicar o CI é o profissional de saúde de uma forma lata e abrangente, qualquer profissional que realizar um acto com o doente, respondendo por esse mesmo acto.

Acham que deve ser a família a aplicar o CI no caso de menores ou quando não é auto-suficiente.

CATEGORIA TIPO DE PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CI E NA INFORMAÇÃO

Na categoria *Tipo de Participação do Enfermeiro no CI e na Informação*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 4 subcategorias, num total de 15 entrevistados, registando uma frequência de 222 unidades de registo.

A primeira subcategoria – *Enfermagem* – regista uma frequência de 138 unidades de registo, sendo referida por 15 sujeitos.

A segunda categoria – *Não Participação de Enfermagem* – obteve 61 unidades de registo, utilizada por 14 entrevistados.

A terceira categoria – *Trabalho em Equipa* – somou 17 unidades de registo, com referência por 6 sujeitos.

A quarta categoria – *Declaração do CI* – logrou 6 unidades de registo, sendo citada por 4 entrevistados.

Quadro 50

Distribuição das subcategorias da categoria:
TIPO DE PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO
NO CI E NA INFORMAÇÃO

Subcategoria	N.º	%	Frequência
Sujeitos			
Enfermagem	15	100	138
Não participação de enfermagem	14	93,3	61
Trabalho em equipa	6	40	17
Declaração	4	26,6	6
Total	15	100	222

Fazendo uma análise global, podemos verificar que foi dada muita importância à própria *Participação dos Enfermeiros* no CI e na informação – 100% –, seguida da *Não Participação*, com 93,3% (o que revela uma grande ambiguidade por parte dos enfermeiros em relação ao seu papel no CI), o *Trabalho em Equipa* surge com 40% e a *Declaração do CI*, com 26,6%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

ENFERMAGEM

A participação do enfermeiro na informação e no CI é baseada na comunicação e relação enfermeiro/doente, fazendo de ponte de ligação entre o médico e o doente e sendo, como alguns o defendem, o “advogado” do doente e até, em alguns casos, o tradutor do médico, quando o doente não compreende a linguagem utilizada pelo médico na explicação:

E93 Deve testar o conhecimento do doente.

E93 Quando vai realizar qualquer procedimento.

E93 Saber o que é que ele sabe acerca do assunto.

E95 Deve-se ter um bocado de atenção ao que o doente sabe.

E97 A informação se o doente estiver em condições de perceber o seu estado, se for grave ou menos grave.

E98 Devemos perguntar ao doente o que é que ele sabe.

E92 E portanto, entra um pouco como advogado do doente para que ele vá esclarecido, para que não seja feito qualquer procedimento sem que ele tenha sido percebido.

E92 É aquele que verifica se existe ou não o Consentimento Informado antes que o doente seja anestesiado, tome alguma pré-medicação.

A actuação dos enfermeiros na informação e no CI é limitada, havendo até um certo medo em informar e um cuidado para que a informação vá ao encontro do que o médico explicou:

E91 Que tem que ser limitada e que vai ao encontro da informação que o médico deu.

E91 Temos que ter algum cuidado quando os doentes nos perguntam muitas coisas e isso acontece muitas vezes, não é?

E91 A informação que nós damos tem que ir ao encontro da informação dada pelo médico, senão vai suscitar mais dúvidas no doente.

E91 Por isso, tem que se avaliar o doente que se tem à frente.

E91 E consoante as informações que sabemos, que o médico passou ou tem que se ir dando.

91 Consoante o grau de emocionalidade do doente.

E92 Primeiro, pergunto-lhe o que ele sabe da situação.

A informação é um direito que os doentes têm e que tem de ser respeitado:

E97 Eu acho que se deve dizer; o doente tem o direito de saber o que tem ou aquilo que pensam fazer-lhe. E onde deve ser envolvida a família.

A informação dos doentes contribui, segundo alguns enfermeiros, para a melhoria da sua qualidade de vida, cooperando para o aumento da esperança do doente em relação à sua doença.

E93 Se o doente souber, vou-lhe dar a informação que lhe permita ter uma qualidade de vida melhor, não é?

E95 E depois, tenho que utilizar todos os meios que existem para prolongar, dar uma qualidade de vida ao doente, tanto quanto possível.

E94 Enquanto há vida, há esperança.

E94 Que a pessoa não se deve render à doença, que tem de ter esperança.

E94 Agarrar-se, ter força de vontade, acima de tudo não deixar o doente desmoralizar.

Afirmando porém, que esta transmissão de informações, nos casos dos doentes com diagnóstico grave ou reservado, é complicada:

E103 Felizmente, não tenho muitas situações destas.

E103 Mas não é fácil.

Há a necessidade, em todo este processo, de informação e de, no decorrer do CI, envolver a família. Muitas vezes, é a própria família que quer negar a informação ao doente:

E91 Com a relação com a família.

E100 A família, a família às vezes sabe e tem o hábito de esconder.

Alguns doentes, sobretudo em situações de diagnóstico grave, recusam a informação que lhes está a ser fornecida, é no fundo um direito a ser também respeitado – a recusa à informação.

E91 Porque há doentes que efectivamente não querem saber, não é?

E91 Preferem não saber, portanto.

E103 E há outros que não querem saber mesmo.

E103 Às vezes, andamos à procura da altura para lhes dizer e eles fogem.

E103 E há outras que até fogem da situação.

E105 Se o doente não aceita, não sou eu que vou impor ao doente: «Olhe, este diagnóstico é muito grave».

NÃO PARTICIPAÇÃO DE ENFERMAGEM

Muitos enfermeiros consideram o CI relacionado com o acto médico, atribuindo a total responsabilidade aos médicos na execução do consentimento e até na informação ao doente:

E91 Eu acho que, sendo o Consentimento Informado, sendo em relação ao acto médico.

E98 Não vamos informar dos actos cirúrgicos.

E98 Porque isso deve ser o médico que deve informar.

E98 Nem a situação clínica.

E98 Nem o diagnóstico do doente.

E99 Noutra área, será o médico.

E99 Como a nível cirúrgico terá que ser o médico a dizer o que lhe vão fazer.

E91 Quem tem esse dever e obrigação de informar é o médico.

E91 Porque, porque eu entendo o Consentimento Informado em relação ao acto médico.

Referem os enfermeiros que, apesar de ser da responsabilidade médica informar os doentes, aqueles não o fazem na maioria dos casos:

E91 Porque muitas vezes não são informados.

E91 Porque muitas vezes os doentes não fazem ideia do que vão fazer.

E104 Mas antigamente era impensável, ninguém falava.

E104 O doente assinava o papel da cirurgia e era quando assinava.

Referem também a importância da relação médico/doente em todo o processo de informação e do CI:

E101 Há uma relação entre eles que tem que ser só deles.

E96 O grau de participação do enfermeiro terá que estar limitado entre aquilo que...

E97 O enfermeiro é confirmar se está tudo, se está tudo nas formas legais.

E99 No ponto de vista de enfermagem, somos nós próprios.

Outros enfermeiros, de uma forma mais radical, defendem que o enfermeiro não deve informar nem participar no CI:

E104 Neste momento, nenhum.

E104 Não existe.

E104 Ou talvez comece a existir, a falar-se.

E104 Talvez com as novas políticas das escolas de enfermagem, não sei.

E91 Nós não podemos.

E91 Em relação à nossa participação, não devíamos informar sobre o acto médico.

E91 Por isso nós não temos que, que por nossa iniciativa, falar sobre isso. Não é?

Há dúvidas em relação à participação dos enfermeiros no CI e sobretudo na informação quando os doentes têm um diagnóstico grave:

E91 Qual a participação que deve ter o enfermeiro... bom... bom...

E102 O grau de participação?

E95 Portanto é um bocado relativo, quer dizer.

E92 O Consentimento Informado é a autorização dada pelo utente e qual é a participação do enfermeiro?

E104 Não sei até que ponto está no meu âmbito informar os doentes, quando têm um diagnóstico grave.

Os enfermeiros recusam informar em casos de diagnóstico grave, afirmando que nunca informam por defesa e por receio de represálias. Fogem da situação e “empurram” para o médico:

E91 Eu, pessoalmente, não dou nenhuma.

E91 Eu, por minha iniciativa, não digo nada.

E91 não posso fazer isso.

E96 Por princípio, não sou muito clara.

E96 Porque muitas vezes aquela pessoa que nos diz "eu quero saber a verdade, estou preparada para saber a verdade", não corresponde 100% à verdade.

E96 O subconsciente não quer saber a verdade, quer e não quer.

E96 Porque no dia em que é dita a verdade nua e crua, ele entra em depressão e surgem imensas complicações.

E102 Nós tentamos fugir um bocado a essa situação.

E99 Mas quando é uma situação que eu, mas eu não tenho conhecimento de todo, eu passo ao médico.

E91 Por muito que nos custe, por muito que a nossa opinião possa ser, possa ser...

TRABALHO EM EQUIPA

A participação do enfermeiro na informação e no CI deve estar inserida num trabalho em equipa entre os médicos e enfermeiros, onde impere a consonância de informações:

E96 Primeiro, terá que ver o que o médico falou para que dentro desses parâmetros.

E96 Utilizar quase a mesma linguagem.

E96 E não haver determinadas discrepâncias.

E96 Por conseguinte teria... hum... que ser um trabalho de equipa.

E96 Este doente tem esta situação, corre-se este risco ou esta vantagem, o doente tem conhecimento, portanto na sua abordagem falamos todos a mesma linguagem.

E100 Eu acho que deve ser articulado com o médico e acho que deve ter um papel importante.

DECLARAÇÃO

Na declaração do CI afirmam que há uma diferença entre a teoria e a prática deste:

E91 Isso é tudo na teoria, porque na prática não é isso que se passa.

E91 Que devia fazer isso, o que não acontece na prática, não é?

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria *Tipo de Participação do Enfermeiro no CI e na Informação*, os entrevistados referem a sua preocupação com a participação do enfermeiro na informação e no CI, a qual é baseada na comunicação e relação enfermeiro/ doente. Os enfermeiros fazem de ponte de ligação entre o médico e o doente e são, como alguns defendem, o “advogado” do doente e até, em alguns casos, o tradutor do médico, quando o doente não compreende a explicação do médico.

A actuação dos enfermeiros na informação e no CI é limitada, havendo até um certo receio em informar e um cuidado para que a informação vá ao encontro do que o médico explicou.

A informação é um direito que os doentes têm e que tem de ser respeitado.

A informação aos utentes contribui, segundo alguns enfermeiros, para a melhoria da qualidade de vida dos doentes, ajudando no aumento da esperança do doente em relação à sua doença.

Porém, há enfermeiros que afirmam que esta transmissão de informações, nos casos dos doentes com diagnóstico grave ou reservado, é complicada.

Há a necessidade, em todo este processo de informação e no decorrer do CI, de envolver a família, sendo muitas vezes esta a querer negar a informação ao doente.

Alguns doentes, sobretudo em situações de diagnóstico grave, recusam a informação que lhes está a ser fornecida (é no fundo um direito a ser também respeitado – a recusa à informação).

Muitos enfermeiros consideram o CI relacionado com o acto médico, atribuindo a total responsabilidade aos médicos na execução do consentimento e até na informação ao doente.

Referem os enfermeiros que apesar de ser da responsabilidade médica a informação dos doentes, aqueles não informam os seus doentes na maioria dos casos.

Referem também a importância da relação médico/ doente em todo o processo de informação e do CI.

Outros enfermeiros, de uma forma mais radical, defendem que o enfermeiro não deve informar nem participar no CI.

Há dúvidas em relação à participação dos enfermeiros no CI e sobretudo na informação quando os doentes têm um diagnóstico grave.

Os enfermeiros recusam-se a informar em casos de diagnóstico grave, afirmando que nunca informam por defesa e por receio de represálias. Fogem da situação e “empurram” para o médico.

A participação do enfermeiro na informação e no CI deve estar inserida num trabalho em equipa entre os médicos e enfermeiros, onde impere a consonância de informações.

Na declaração do CI, afirmam que há uma diferença entre a teoria e a prática deste.

CATEGORIA CI CONTRIBUI PARA A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS

Na categoria *CI Contribui para a Humanização dos Cuidados*, após a análise do conteúdo das respostas, foram levantadas 7 subcategorias, num total de 15 entrevistados, registando uma frequência de 107 unidades de registo.

A 1ª subcategoria – *Humanização* – somou 30 unidades de registo, sendo referida por 14 sujeitos.

A 2ª categoria – *Informação* – obteve 47 unidades de registo, sendo citada por 121 entrevistados.

A 3ª categoria – *Participação do Doente* – contou com 16 unidades de registo, sendo referenciada por 4 sujeitos.

A 4ª categoria – *Relação equipa de saúde/doente* – obteve 6 unidades de registo, sendo citada por 2 entrevistados.

A 5ª categoria – *Declaração* – alcançou 1 unidade de registo, tendo sido referida por 1 entrevistado.

A 6ª categoria – *Trabalho em Equipa* – recebeu 1 unidade de registo, com referência de 1 entrevistado.

A 7ª categoria – *Não Contribui* – obteve 1 unidade de registo, referida por 1 sujeito.

Quadro 51

Distribuição das subcategorias pela categoria:
CI CONTRIBUI PARA A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS
pelo Número de Sujeitos e Frequência

Subcategoria	N.º Sujeitos	%	Frequência
Humanização	14	93,3	30
Informação	12	33,3	47
Participação do doente	4	26,6	16
Relação equipa de saúde/doente	2	13,3	6
Declaração	1	6,6	6
Trabalho em equipa	1	6,6	1
Não contribui	1	6,6	1
Total	15	100	107

Fazendo uma análise global do quadro, verifica-se que os enfermeiros dão maior ênfase à possibilidade de o CI contribuir para a *Humanização* dos cuidados, com 93,3%, seguido de *Informação*, com 33,3%; na seguinte posição surge a opção *Participação do Doente*, com 26,6%, depois, *Relação Equipa de Saúde/ Doente*, com 13,3%, e com igual percentagem de 6,6%, *Trabalho em Equipa*, *Declaração*, e *Não Contribui para a Humanização*.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o que atrás referido:

HUMANIZAÇÃO

A maioria dos enfermeiros considera que o CI contribui para a humanização dos cuidados, nomeadamente na qualidade de vida dos doentes:

E99 Para a humanização acho que sim.

E99 Pronto, é bom para o doente.

E99 Mas contribui sem dúvida nenhuma para a humanização.

E100 Contribui.

E100 que podem prolongar muito a qualidade de vida, a vida do doente.

O CI depende também do nível social e cultural dos doentes para que estes tenham a informação melhor.

INFORMAÇÃO

A informação tem uma relação directa com a humanização dos cuidados, com o direito à informação e com o respeito pela liberdade de escolha, sendo o principal objectivo esclarecer o doente para que este faça a sua escolha de modo consciente:

E102 Porque, partindo do princípio de que a pessoa está informada, tem menos receios relativamente ao que se está a passar e possivelmente encara melhor a situação.

E91 Primeiro, faz com que as pessoas estejam mais por dentro, sobre o processo da doença, que é uma coisa importante.

E93 Contribui porque a pessoa sabe o que se passa com ela.

E93 O que vai fazer.

E92 O doente tem o direito de saber o que se passa consigo e o que lhe vão fazer.

E92 Mas sobretudo ao doente, tem o direito de saber, faz parte da ética.

E92 E o doente tem o direito à sua autonomia.

E93 E tem o direito de se recusar a uma série de coisas.

A família deve ser envolvida em todo este processo, embora algumas vezes, tenha um papel de obstrução à informação do doente. Temos que ressaltar que esta só actua se o doente quiser, pois a decisão será sempre dele:

E92 A família existe nesta situação se o doente quiser.

E92 Porque, se o doente for autónomo, a família só participa se o doente quiser.

E95 Depende das barreiras que vamos encontrar na família.

E95 A família é muitas vezes uma obstrução.

Pode haver várias reacções à informação; reacção essa que o enfermeiro tem sempre em conta, na sua transmissão, indo desde a recusa à rejeição da verdade.

E95 Há a rejeição.

E95 Recusam-se a aceitar a verdade.

PARTICIPAÇÃO DO DOENTE

O doente participa através da sua livre escolha por aquilo que prefere, em consonância com o que o médico acha que é melhor para ele, através da expressão da sua autonomia:

E92 À sua tomada de decisão.

E92 O médico pode querer e o doente não autorizar.

E93 Não é um objecto que está ali para ser cuidado, para ser tratado e não interessa se tem ou não conhecimento do que vai ser feito.

E93 Ou pura e simplesmente não quer fazer o procedimento, porque acha que não vale a pena.

E93 É de respeitar a pessoa que temos à nossa frente e.

E93 E respeitar a sua decisão.

E93 E ela deve ser tida em conta.

E100 Porque podemos, porque só assim o doente pode decidir em consciência.

E100 Se aceita os métodos invasivos, terapêuticos.

E100 Deve decidir entre um ou outro método terapêutico.

RELAÇÃO EQUIPA DE SAÚDE/ DOENTE

Melhora a sua relação, estreitando os laços entre eles. E contribuindo para a sua humanização e promovendo uma maior colaboração:

E91 Porque é uma relação maior.

E91 Qualquer relação.

E91 Relação que exista nas pessoas da equipa de saúde... hum... é o doente é sempre mais.

E91 Porque é o caminho para a humanização.

E96 No sentido em haver mais colaboração das pessoas envolvidas: doentes, família e enfermeiros.

E96 Se neste consentimento tivermos todos esta linha de pensamento, a mesma linguagem, eu penso que se dá uma colaboração maior.

DECLARAÇÃO

Consideram que a declaração do CI não é aplicada:

E103 Acho que o consentimento informado não é devidamente aplicado.

E103 Por isso não acho que tenha dado grandes contribuições na prática.

E103 E não me parece que tenha sido devidamente aplicado.

E103 Pelo menos onde trabalho e trabalhei.

E que tem uma forte componente legal e de protecção ao próprio doente

E103 Tornou-se um protocolo da instituição, legal dos profissionais.

E103 Mas isso é mais uma defesa para o doente.

TRABALHO EM EQUIPA

O trabalho em equipa aumenta a empatia entre todos: médicos, enfermeiros e doentes.

E91 Qualquer explicação dada aumenta a empatia dos doentes, entre os doentes e os médicos e entre as pessoas, da equipa, os técnicos de saúde e pronto!

NÃO CONTRIBUI

Para alguns enfermeiros, em nada o CI contribui para a humanização dos cuidados:

E93 E eu posso não concordar com isso pessoalmente.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria *O CI Contribui para a Humanização dos Cuidados*, é reconhecido pela maioria dos enfermeiros que o CI contribui para a humanização dos cuidados, nomeadamente na qualidade de vida dos doentes.

O CI depende também do nível social e cultural dos doentes para que tenha a sua melhor aplicação.

A informação tem uma relação directa com a humanização dos cuidados, com o exercício do direito à informação e com o respeito pela liberdade de escolha, sendo o principal objectivo esclarecer o doente para que este faça a sua opção de modo consciente.

A família deve ser envolvida em todo este processo, embora algumas vezes, tenha um papel de obstrução à informação ao doente. Temos que ressaltar que esta só actua se o doente assim o desejar, já que a decisão será sempre dele.

Pode haver várias reacções à informação que o enfermeiro tem sempre em conta na sua transmissão, que vão desde a rejeição da verdade à apatia..

O doente participa na decisão clínica através da sua livre escolha, em consonância com o que o médico achar ser o melhor para ele, através da expressão da sua autonomia.

O CI melhora a relação médico/ doente, estreitando os laços entre eles, contribuindo para a sua humanização e promovendo uma maior colaboração.

Alguns enfermeiros consideram que a declaração do CI não é aplicada.

O trabalho em equipa aumenta a empatia entre todos: médicos, enfermeiros e doentes.

Para alguns enfermeiros, em nada o CI contribui para a humanização dos cuidados.

1.3 – Unidade temática: O CONSENTIMENTO INFORMADO NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA NA ASSISTÊNCIA PRIVADA

Quadro 52

Distribuição das categorias e subcategorias da Unidade Temática
O CONSENTIMENTO INFORMADO NA PERSPECTIVA DOS FAMILIARES
NA ASSISTÊNCIA PRIVADA,
por Número de Sujeitos e Frequência

Categorias	Subcategorias	Nº Sujeitos	Frequência
Acesso dos familiares à informação	Informação	15	155
	Relação Médico/ Doente	9	28
	Decisão da família	3	5
Significado	Informação	15	120
	Participar	5	16
	Relação Médico/ Doente	1	2
	Ajuda a família	15	18
Participação dos familiares na decisão médica	Informação	3	6
	Decisão Médico/ Doente	8	21
	Decisão	15	46
	Equipa	1	1
Participação do Enfermeiro no CI e na informação	Participação	15	44
	Relação Enfermeiro/ Doente	1	1
	Relação Médico/ Doente	6	8
Quem deve informar e pedir o CI	Médico	42	15

Na Unidade temática *Consentimento Informado na Perspectiva dos Familiares na Assistência Privada*, foram formuladas aos entrevistados as seguintes perguntas:

- *O que significa para si o Consentimento Informado?*
- *Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?*
- *Acha útil o Consentimento Informado?*
- *Quem deve informá-lo e pedir-lhe o Consentimento Informado?*
- *Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.*
- *Como lhe foi transmitida a informação técnica acerca da sua doença?*
- *Qual a sua opinião acerca de os doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?*
- *Acha e quer ter acesso a toda a informação acerca da sua doença?*
- *Na sua opinião, qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do Consentimento Informado aos doentes?*

Após a análise de conteúdo das respostas, foram detectadas 5 categorias, tendo a primeira categoria – *Acesso dos Familiares à Informação* – uma frequência de 188 unidades de registo, tendo sido referida por 15 sujeitos.

A segunda categoria – *Significado* – obteve 158 unidades de registo, sendo referida por 15 sujeitos.

A terceira categoria – *Participação dos Familiares na Decisão Médica* – somou 76 unidades de registo, tendo sido citada por 15 entrevistados.

A quarta categoria – *Participação do Enfermeiro no CI e na Informação* – contou com 53 unidades de registo, referida por 15 entrevistados.

A quinta categoria – *Quem Deve Informar e Pedir o CI* – obteve 42 unidades de registo, reunindo referências de 15 sujeitos.

Quadro 53

Distribuição da Unidade Temática:
CONSENTIMENTO INFORMADO NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA
NA ASSISTÊNCIA PRIVADA,
por Número de Sujeitos e Frequência

<i>Categorias</i>	<i>N.º Sujeitos</i>	<i>Porcentagem</i>	<i>Frequência</i>
Acesso da família à informação	15	100	188
Significado	15	100	158
Participação da família na decisão médica	15	100	76
Participação do Enf.º no CI e na informação	15	100	53
Quem deve informar e pedir o CI	15	100	42

Em síntese, os entrevistados consideraram que a importância do CI na perspectiva dos familiares na assistência privada reside no acesso da família à informação, no próprio significado do CI para eles, na participação da família na decisão médica, na própria participação dos enfermeiros e na identificação de quem deve pedir e informar que, na sua opinião, devem ser os médicos.

CATEGORIA ACESSO DOS FAMILIARES À INFORMAÇÃO

Na categoria *Acesso dos Familiares à Informação*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 4 subcategorias, num total de 15 entrevistados (isto é, a totalidade dos entrevistados), registando uma frequência de 76 unidades de registo.

A 1ª subcategoria – *Informação* – obteve 155 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados.

A 2ª subcategoria – *Relação Médico/ Doente* – reuniu 28 unidades de registo, sendo citada por 9 entrevistados.

A 3ª categoria – *Decisão dos Familiares* – somou 5 unidades de registo, utilizada por 3 sujeitos.

QUADRO 54

Distribuição das subcategorias da categoria
ACESSO DA FAMÍLIA À INFORMAÇÃO,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Informação	15	100	155
Relação médico/doente	9	60	28
Decisão dos familiares	3	20	5
TOTAL	15	100	188

Fazendo uma análise global do quadro, verifica-se que, dentro das subcategorias, a que tem maior relevo (a totalidade dos inquiridos), com 100%, é a subcategoria *Informação*, seguindo-se *Relação Médico/ Doente*, com 60%; *Decisão da Família* surge em último com 20%.

Alguns excertos ilustram o que atrás referido:

INFORMAÇÃO

A família considera extremamente importante o acesso à informação, porém esta é obtida através do doente (do seu familiar) e não pelo médico:

E81 Foi-me dito tudo antes pelo meu marido.

Referem a importância em serem esclarecidos pelo médico acerca do estado de saúde e evolução do seu familiar:

E76 E depois falei com o médico.

E76 E fui logo informada.

E76 Deu-me conhecimento de tudo o que se passava.

E78 Foi o médico quando a viú, descobriu a doença da minha mulher.

E81 E depois pelo médico que o viu.

Obtiveram também informação sobre a doença através dos livros e da Internet:

E82 No meu caso foi pela Internet.

E82 Conhecimentos.

E82 Por livros.

E82 Pelos amigos.

No caso de uma doença grave, os familiares demonstram a necessidade de serem informados para melhor ajudar o doente:

E76 A minha opinião, eu acho que no caso do cancro ou qualquer coisa desse género, o médico deve tentar falar com a família.

E79 Para sabermos o que devo fazer.
E82 Os familiares mais próximos que saibam.
E82 Os familiares directos que vivem e estão com ele e o conhecem melhor do que ninguém, eles é que sabem.
E88 Mas é sempre bom nós sabermos o que temos.
E76 Porque me facilita em tudo.
E76 O que deve e como melhor o posso ajudar.
E77 E ajudarmos os nossos familiares.
E77 Para combatermos a nossa doença.

Há a necessidade de a equipa médica os informar, pois traz vantagens para o próprio doente e para a família:

E78 Os doentes devem ter informação.
E78 Porque também devem saber do que vão padecer, qual é a sua doença.
E78 Como vão reagir aos tratamentos.
E78 Tudo o que se vai passar.
E78 É melhor para nós e para eles.

Esta informação faz com que a reacção do doente à doença seja minorada e contribui para a aceitação da doença por parte do doente:

E90 Infelizmente pode haver um choque, mas isso é ultrapassável.
E90 Há gente que fica muito chocada, mas se anuncia essa situação, o que é que vão fazer?
E90 É tentar ultrapassar, se for possível.

A maioria das famílias acha que se deve informar em caso de um diagnóstico grave.
Mas deve-se ter em conta o tipo de doente a quem se vai dar essa informação. Tem a ver com a individualidade de cada pessoa e assim a sua reacção à doença:

E81 Depende da maneira de ser da pessoa.
E81 No meu caso, eu morria.
E81 Preferia que me escondessem.
E81 Mas eu não sou corajosa.

Porém, há familiares que partilham da ideia de que os doentes não devem ter acesso à verdade e são eles que tentam obstruir essa informação, embora considerem essa decisão complicada:

E82 Eu, no meu caso em particular, se soubesse que tinha um cancro, não queria saber.
E82 Acho que preferia não saber.
E84 Olhe, eu acho grave os doentes saberem.
E84 Mas por outro lado acho que ele não se deve ocultar, porque pode haver ou trazer problemas para o doente, só pelo facto de desconhecer, não saber o que tem.
E87 Mas é um bocadinho complicado.

Há um doente que foi ao encontro da ideia de que não se deve informar a família, dando uma história de vida de um avô e de como ele viveu com esperança, porque não teve acesso à informação da sua doença, que era oncológica:

E82 Eu tenho um caso muito chegado do meu avô e acho que chegámos à conclusão mais certa, que foi não lhe dizermos nada.

E ao não saber foi bom para ele e nós optámos porque ele tinha 86 anos.
Não valia a pena ser sujeito à crueldade da quimioterapia, não valia a pena!
E fez a viagem da vida dele e achava que estava bem.
Se calhar, em vez de ter vivido 3 ou 4 anos, só viveu 2, mas foi uma opção nossa.
Acho que foi um ganho para ele.

É importante referir que há também reacções dos familiares à doença, que revelam sentimentos de desespero e de angústia:

E84 Mas ficamos com o coração pequeno.
E84 Penso no caso e assusto-me, o que, que hei-de fazer?

RELAÇÃO MÉDICO/DOENTE

Revelam a importância da relação médico/doente e a necessidade de uma boa comunicação entre o doente, o médico e a família:

E76 E deu-me espaço para colocar dúvidas.
E78 Chamou-me e disse-me qual era o problema dela, que ela tinha.
E80 Foi de uma forma clara.
E80 O médico explicou aquilo que ele tinha e o que lhe ia fazer.
E80 Explicou quais os riscos que estava a correr de uma forma clara.
E81 Que esclareceu o que ele tinha.
E81 O que se tinha que fazer.
E81 Já estava inteiramente dentro do assunto.
E86 Explicou-me com calma e com desenhos o que ia fazer.
E77 Mas sei que está muito bem encaminhada.

Referem também a ausência de informação por parte da equipa médica e todo o desespero e angústia que isso acarreta, assim como o facto de não perceberem a linguagem que o médico utiliza:

E77 A esse ponto técnico não sei muito.
E77 Melhor ainda não sei.
E79 Não foi.
E83 Não sabia previamente.
E83 Não sabia.
E83 Sabia previamente que ia ser operado.
E86 A um menisco, mas exactamente o que ia fazer não sabia.
E87 Não tive informação alguma.
E88 Praticamente não me foi dada.
E88 E as explicações não foram as melhores.
E88 Não percebi muito bem o que iam fazer ao meu pai.
E90 Não fui informado.
E77 Mas não estou muito a par.
E77 Ou melhor, ainda não percebi.

É revelada a falta de confiança na equipa médica:

E87 Não sei até que ponto o médico conhece o doente.

DECISÃO DOS FAMILIARES

A decisão dos familiares é em alguns casos soberana e autoritária, assumindo mesmo a resolução pelo próprio doente:

E82 Quando cheguei ao médico, disse “Eu quero a banda”!

E82 E com o meu marido foi igual, fui eu que decidi e ele, claro está!

E89 E como é óbvio, a opção é dele.

E89 Não tenho, nem posso por objecção.

E90 Ficou tudo nas mãos do meu filho.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria *Acesso da Família à Informação*, de uma maneira geral, os entrevistados referem que o acesso à informação por parte da família é extremamente importante, tendo a família obtido a informação através do doente seu familiar.

Mencionam a importância de serem esclarecidos pelo médico acerca do estado de saúde e evolução do seu familiar.

Obtiveram também informação sobre a doença através de livros e da Internet.

No caso de uma doença grave, os familiares demonstram a necessidade de serem informados para melhor ajudar o doente.

Há a necessidade da equipa médica os informar, pois traz vantagens para o próprio doente e para a família.

Esta informação faz com que a reacção do doente à doença seja minorada e contribui para que ele a aceite.

A maioria das famílias é informada em caso de um diagnóstico grave.

Contudo, deve ter-se em conta o tipo de doente a quem se vai transmitir essa informação. Tem a ver com a individualidade de cada pessoa e a sua reacção à doença.

Porém, há familiares que partilham da ideia de que os doentes não devem ter acesso à verdade, sendo eles que tentam obstruir essa informação, embora considerem essa decisão complicada.

Há um doente que vai ao encontro da ideia de que não se deve informar a família, relatando uma história de vida de um avô e de como ele viveu com esperança por não ter tido acesso à informação da sua doença, que era oncológica.

Os entrevistados revelam ainda a importância da relação médico/doente e a necessidade de uma boa comunicação entre o doente, o médico e a família.

Relatam também a ausência de informação por parte da equipa médica e todo o desespero e angústia que isso implica, assim como o facto de não compreenderem a linguagem utilizada pelo médico.

É referida a falta de confiança na equipa médica.

Surge a aceitação da decisão de familiares, contrastando com a decisão soberana e autoritária por parte de outros que assumem ter tomado a decisão pelo próprio doente.

CATEGORIA SIGNIFICADO

Na categoria *Significado*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 4 subcategorias, num total de 15 entrevistados, registando uma frequência de 158 unidades de registo.

A primeira subcategoria – *Informação* – obteve 120 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados (a totalidade dos inquiridos).

A segunda subcategoria – *Ajuda a Família* – obteve 18 unidades de registo, utilizada por 15 sujeitos.

A terceira subcategoria – *Participar* – somou 16 unidades de registo, sendo citada por 5 entrevistados.

A quarta subcategoria – *Relação Médico/ Doente* – contou com 2 unidades de registo, referida por 1 sujeito.

Quadro 55

Distribuição das subcategorias da categoria
SIGNIFICADO
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Informação	15	100	120
Ajuda a família	15	100	18
Participar	5	33,3	16
Relação médico/doente	1	6,6	2
Total	15	100	156

Fazendo uma análise global do quadro, verifica-se que os entrevistados dão igual ênfase, com 100% (isto é, a totalidade dos inquiridos), à *Informação*, considerando que a informação e o CI ajudam a família e ao doente. Segue-se a *Participação da Família*, com 33,3%; por fim, com 6,6%, a *Relação Médico/ Doente*.

Alguns excertos ilustram o atrás referido:

INFORMAÇÃO

A informação esclarece o doente e família durante todo o processo de doença:

E77 Para saber depois o que devo e posso fazer.

E80 E a entender o que se passa.

E81 Para sabermos o que se passa.

E83 A nós e ao doente a saber o que devemos fazer.

Referem também alguns familiares não terem acesso a essa informação, revelando a sua angústia por esse facto:

E79 Que é aquilo que eu não tenho.

E88 E gostaria de ter tido essa informação.

O doente tem o direito à informação sobre o seu diagnóstico e tratamento:

E89 Como já lhe disse, o doente tem o direito de saber.

AJUDA A FAMÍLIA

A família considera muito útil a informação e o CI, porque ajuda a compreender e ajudar o doente:

E76 Acho que foi muito importante para mim e para o meu marido.

E77 Muito.

E77 Utilíssima.

E78 Bom, foi útil a gente saber.

E79 Dá-nos calma.

Alguns familiares revelam uma certa dualidade de sentimentos em terem acesso a essa informação:

E78 Embora fosse melhor não ter sabido, porque é mau, o caso aconteceu assim, o que é que se pode fazer?

PARTICIPAR

Mencionam a importância da decisão do doente em colaborar, respeitando o princípio de autonomia:

E81 De forma a colaborar da melhor forma.

E82 Para o doente dizer se quer ou não cirurgia.

E85 Para o próprio doente poder organizar a sua vida.

Nesta participação há também referência à decisão total da família sobre o acto cirúrgico, até de uma forma autoritária:

E82 Eu já sabia o que o meu marido tinha e vim à consulta do Dr. L., para fazer a cirurgia.

E82 Eu já tinha esclarecido o meu marido.

E82 Eu também tinha sido operada, coloquei uma banda, perguntei o que achava ao Dr. L. e fui informada de tudo o que me ia acontecer.

E82 O meu marido surge além do médico, em primeiro lugar para mim.

E81 Para colaborar da melhor forma.

Na livre escolha do doente em aceitar ou não o tratamento:

E82 Para o doente dizer se quer ou não cirurgia.

RELAÇÃO MÉDICO/DOENTE

A importância do acompanhamento do médico, baseado numa relação de confiança:

E84 Ele já era doente do Dr. G., já tinha sido atendido duas vezes.

E84 E era seguido devido às hemorragias nasais.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria – *Significado* –, os entrevistados referiram que a informação esclarece o doente e a família durante todo o processo de doença.

Referem também alguns familiares não terem acesso a essa informação, revelando a sua angústia por esse facto.

O doente tem o direito à informação sobre o seu diagnóstico e tratamento.

A família considera muito útil a informação e o CI, porque ajuda a compreender e ajudar o doente.

Alguns familiares revelam uma certa dualidade de sentimentos em terem acesso a essa informação.

Mencionam a importância da decisão do doente em colaborar, respeitando o princípio de autonomia.

Nesta participação há também referência à decisão total da família sobre o acto cirúrgico, até de uma forma autoritária e na livre escolha do doente em aceitar ou não o tratamento.

Citam ainda a importância do acompanhamento do médico, baseado numa relação de confiança.

CATEGORIA PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA DECISÃO MÉDICA

Na categoria *Participação da Família na Decisão Médica*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 4 subcategorias, num total de 15 sujeitos, registando uma frequência de 76 unidades de registo.

A primeira subcategoria – *Decisão* – obteve 46 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados.

Relativamente à segunda subcategoria – *Relação Médico/ Doente* – auferiu 21 unidades de registo, com referência por 8 sujeitos.

A terceira subcategoria – *Informação* – colheu 6 unidades de registo, sendo utilizada por 3 entrevistados.

A quarta subcategoria – *Equipa* – obteve 1 unidade de registo, referida por 1 sujeito.

Quadro 56

Distribuição das subcategorias da categoria
PARTICIPAÇÃO DOS FAMILIARES NA DECISÃO MÉDICA
por Número de sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Decisão	15	100	46
Relação médico/doente	8	53,3	21
Informação	3	20	6
Equipa	1	6,6	1
Total	15	100	76

Numa análise global, pode constatar-se que a subcategoria *Decisão* tem 100%, isto é, todos os inquiridos consideram importante a decisão. Segue-se *Relação Médico/ Doente*, com 53,3%, *Informação*, com 20%; e por último, *Equipa*, com 6,6%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o que atrás referido:

DECISÃO

Há dificuldades da tomada de decisões por parte da família e doentes:

E84 Eu isso, tenho dúvidas.

E84 Não sei.

E85 Depende muito da situação.

Considera a família que a decisão é do doente, mas que eles devem estar a par e também intervir na decisão:

E80 Nós devemos estar a par dessa decisão.

E80 O que se está a passar e que decisão é que vão tomar.

E76 Eu acho que, se houver alguma coisa, e mesmo não estar confiante ou até mesmo querer ouvir uma segunda opinião.

E76 Deve pegar nos exames e ouvir uma segunda opinião.

E77 E que nós damos autorização a quem nos está a tratar, a salvar.

E85 Em casos, no caso específico do meu pai, a minha mãe pôde participar, disse sim à intervenção cirúrgica.

Outros acham que não têm o direito de interferir, que a decisão é do doente e muitos até alegam falta de conhecimentos para poderem pronunciar-se:

E90 E acho que nem a família tem o direito de interferir, o doente é que escolhe.

E80 Mas podemos decidir se esta é a decisão certa ou adequada? Não!

E80 Agora não estando habilitados para ela, acho que não devemos.

RELAÇÃO MÉDICO/DOENTE

Esta relação médico/doente, para os familiares, é assente numa relação de confiança:

E76 Nós confiamos no médico.

E76 E ele é que é a pessoa mais adequada para resolver a situação.

E88 Eu sou muito crente nos médicos.

Consideram mesmo que a decisão é do médico e não do doente ou da família. Há um aceitar e pedir o paternalismo médico como algo que dá segurança à família:

E77 Acho que isso está entregue ao médico.

E77 É ele quem decide.

E79 Porque é muito técnico e acho que devem ser os médicos.

E79 É uma decisão técnica, portanto o técnico é quem deve decidir.

E81 Acho que quem decide é o médico.

E81 Ele é que sabe e nós não.

E82 O médico se decidir o que vai fazer que o faça!

INFORMAÇÃO

O objectivo para muitas famílias, é esclarecê-los e ajudar no que está a acontecer, tanto na história actual da doença, como em termos futuros de alta:

E76 Bom, eu acho quando o médico deve informar os prós e os contra.

E76 Porque há casos em determinada operação em que poderá haver prós e contras e que ...

E76 E que as pessoas devem estar esclarecidas.

E76 O que lhes pode acontecer.

E80 Devemos saber o que nos vão fazer.

E87 Porque ficava, acabava por ficar mais informado do que está.

EQUIPA

A equipa aqui é entendida como os médicos e os enfermeiros, cuja função é de ajuda à família e ao doente:

E80 Aí terão que ser os médicos e os enfermeiros a ajudarem-nos.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria – *Participação dos Familiares na Decisão Médica* –, os entrevistados referem que a decisão é do doente mas que eles devem estar a par e também intervir na decisão.

Outros acham que não têm o direito de interferir, que a decisão é do doente e que esta relação médico/ doente, para os familiares, é assente numa relação de confiança, considerando mesmo que a decisão é do médico e não do doente ou da família. Há um aceitar o paternalismo médico como algo que dá segurança à família.

O objectivo para muitas das famílias, é esclarecê-los e ajudar no que está a acontecer, tanto na história actual da doença, como em termos futuros de alta.

A equipa aqui é entendida como os médicos e os enfermeiros, cuja função é de ajuda à família e ao doente.

CATEGORIA PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CI E NA INFORMAÇÃO

Na categoria *Participação do Enfermeiro no CI e na Informação*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 3 subcategorias, num total de 15 sujeitos, verificando-se uma frequência de 53 unidades de registo.

A 1ª subcategoria – *Participação* – obteve 44 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados.

A 2ª subcategoria – *Médico* – auferiu 8 unidades de registo, sendo citada por 6 sujeitos.

A 3ª subcategoria – *Relação Enfermeiro/ Doente* – somou 1 unidade de registo, utilizada por 1 entrevistado.

Quadro 57

Distribuição das subcategorias da categoria
PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CI E NA INFORMAÇÃO,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Participação	15	100	44
Médico	6	40	8
Relação enf.º/doente	1	6,6	1
Total	15	100	53

Fazendo uma análise global do quadro, verifica-se que a *Participação do Enfermeiro no CI e na Informação* obtém 100%, seguindo-se a *Relação Médico/Doente*, com 40%, e por último, a *Relação Enfermeiro/Doente*, com 6,6%.

Alguns excertos ilustram o atrás referido:

PARTICIPAÇÃO

Os familiares acham que os enfermeiros podem participar na informação e no CI, mas de uma forma restrita e condicionada pelo médico, sem autonomia:

E77 Acho que o enfermeiro, estando também a par da situação, sabendo, estando a par da doença, é também um conselheiro para o doente.

E78 Tem que saber o que estão a fazer.

E78 E também pode participar e ajudar-nos.

E79 Os enfermeiros devem complementar a informação dada pelos médicos.

E82 De informar os familiares, informar.

E82 No fundo dar a conhecer ao doente que o que lhe está a acontecer é normal.

E82 No caso do meu marido, não sabia que, após tomar a pré-medicação, é normal adormecer e eu fiquei logo preocupada.

E fui à enfermeira perguntar se era normal o que se estava a passar.

Aqui está um exemplo do que deverá ser o papel do enfermeiro.

Esta participação é considerada complicada:

E88 Depende das situações.

E84 Isto é complicado.

E80 O enfermeiro pode e deve dar informação em conjunto com o médico.

E83 Na minha opinião, é um trabalho de equipa.

E83 Portanto têm que participar em conjunto com o médico.

E85 Devem participar com o apoio do médico, o médico assistente, especialista.

MÉDICO

Vêem a participação do enfermeiro num trabalho em equipa com o médico em que aquele esteja em consonância com este.

A família acha que a informação deve ser dada única e exclusivamente pelo médico:

E76 Talvez esta informação devesse estar mais do lado do médico e não do enfermeiro.

E84 Mas também muita gente a falar às vezes é pior.

E85 Há informações que só podem ser dadas pelos médicos, não é?

E87 Se existe um bom relacionamento médico/doente, pode não ser necessário.

E88 Se for um caso mais grave depende, deve, cabe ao médico o papel de informar.

E88 Porque se calhar está mais dentro do assunto.

E88 Tem outros termos.

E85 Deve dar a informação aos enfermeiros.

E86 Se a informação for negativa, acho que um pouco mais complicado, acho que nesses casos não.

RELAÇÃO ENFERMEIRO/DOENTE

Nesta relação está muitas vezes a influência negativa da visão da enfermagem por parte do doente:

E89 Porque eu tive uma situação muito complexa, porque sou diabética e o médico disse-me que tinha que ter uma alimentação especial.

E a enfermeira não sabia.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria – *Participação do Enfermeiro no CI e na Informação* –, os entrevistados referiram que acham que os enfermeiros podem participar na informação e no CI, mas de uma forma restrita e condicionada pelo médico, sem autonomia. Esta participação é considerada complicada.

Vêm a participação do enfermeiro num trabalho em equipa com o médico em que este esteja em consonância com este.

Outros familiares acham que a informação deve ser dada única e exclusivamente pelo médico.

Nesta relação, está muitas vezes a influência negativa da opinião tida da enfermagem por parte do doente.

CATEGORIA QUEM DEVE INFORMAR E PEDIR O CI

Na categoria *Quem Deve Informar e Pedir o CI*, após a análise do conteúdo das respostas, foi levantada 1 subcategoria, *Médico*, registando uma frequência de 42 unidades de registo em 15 entrevistados.

Quadro 58

Distribuição das subcategorias da categoria
QUEM DEVE INFORMAR E PEDIR O CI,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º	%	Frequência
Sujeitos			
Médico	15	100	42

Fazendo a análise do quadro, verifica-se que todos os entrevistados da perspectiva da família consideram que deve ser o *Médico* a pedir o CI e a informar o doente e a família.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

Os familiares consideram que deve ser o médico a pedir o CI e a informar o doente e a família, baseando-se na relação médico/doente, que está assente numa relação de confiança:

E76 Acho que é o médico que assiste o doente.

E76 É o médico que o deve fazer.

E77 O médico é a pessoa que nos pode informar.

E78 O médico é que tem conhecimento.

O objectivo da equipa médica é esclarecer o doente e a família:

E76 É que deve explicar quando tiver a alta.

E78 É que nos pode informar.

E84 O médico em que nós tivermos confiança.

E86 Que a tem seguido ao longo de tudo isto.

E87 Que é a pessoa que está mais ligada ao doente.

Têm a visão da medicina como algo sagrado:

E77 É um sacerdócio.

Mencionam a importância de no CI haver um trabalho em equipa do enfermeiro e do médico:

E80 Na altura, a nossa aflição é tão grande que tanto nos faz que seja o médico ou o enfermeiro.

E81 Talvez a enfermeira e a médica.

E81 O médico de uma maneira e a enfermeira de outra.

E90 Os médicos e os enfermeiros.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria *Quem Deve Informar e Pedir o CI*, todos os entrevistados da perspectiva da família consideram que deve ser o médico a pedir o CI e a informar o doente e família, baseando-se na relação médico/ doente, que está assente numa relação de confiança.

Há a visão da medicina como algo sagrado.

O objectivo da equipa médica é esclarecer o doente e família.

Mencionam a importância de no CI haver um trabalho em equipa do enfermeiro e do médico.

1.4 - Unidade Temática:
O CI NA PERSPECTIVA DO DOENTE NA ASSISTÊNCIA DO PRIVADO

QUADRO 59

Distribuição das Categorias e Subcategorias da Unidade Temática
O CI NA PERSPECTIVA DO DOENTE NA ASSISTÊNCIA DO PRIVADO,
por Número de Sujeitos e Frequência

<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>N.º Sujeitos</i>	<i>Frequência</i>
Acesso do doente à informação	Informação	15	141
	Relação médico / doente	6	18
	Participação	2	2
	Hospital	2	1
Significado	Informação	15	84
	Útil	15	30
	Relação médico / doente	5	30
	Participação	3	4
	Trabalho em equipa	1	3
Participação do enfermeiro na informação e no CI	Participar	15	46
	Relação enfermeiro / doente	6	7
	Relação médico / doente	2	4
	Trabalho em equipa	2	2
Participação do doente na decisão clínica	Relação médico / doente	9	10
	Participar	9	30
	Informação	5	7
Quem deve informar e pedir o C.I.	Médico	13	17
	Informação	5	7
	Trabalho em equipa	3	3

Nesta área temática, *O CI na Perspectiva do Doente na Assistência do Privado*, foram formuladas aos entrevistados as seguintes perguntas:

- *O que significa para si o Consentimento Informado?*
- *Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?*
- *Acha útil o Consentimento Informado?*

- *Quem deve informá-lo e pedir-lhe o Consentimento Informado?*
- *Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.*
- *Como lhe foi transmitida a informação técnica acerca da sua doença?*
- *Qual a sua opinião acerca de os doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?*
- *Acha e quer ter acesso a toda a informação acerca da sua doença?*
- *Na sua opinião, qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do Consentimento Informado aos doentes?*

Após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 5 categorias:

1ª categoria – *Acesso do Doente à Informação* – 163 unidades de registo, sendo referida por 15 sujeitos.

2ª categoria – *Significado* – obteve 15 unidades de registo em 15 entrevistados.

3ª categoria – *Participação do Enfermeiro na Informação e no CI*, 59 unidades de registo, com 15 sujeitos fazendo-lhe referência.

4ª categoria – *Participação do Doente na Decisão Clínica* – auferiu 46 unidades de registo, citada por 15 entrevistados.

5ª categoria – *Quem Deve Informar e Pedir o CI* – 27 unidades de registo, utilizada por 15 sujeitos.

Quadro 60

Distribuição das categorias pela Unidade temática

O CI DA PERSPECTIVA DO DOENTE

NA ASSISTÊNCIA DO PRIVADO

Categorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Acesso do doente à informação	15	100	163
Significado	15	100	151
Participação do enfermeiro na informação e no CI	15	100	59
Participação do doente na decisão clínica	15	100	46
Quem deve informar e pedir o CI	15	100	27

Analisando o quadro, verifica-se que todas as categorias têm igual percentagem, só diferindo a frequência. Sendo assim, a categoria que apresenta maior relevância é o *Acesso do Doente à Informação*, com 163 unidades de registo, seguida de *Significado*, com 151 unidades de registo; surge depois a categoria *Participação do Enfermeiro na Informação e no CI*, com 59 unidades de registo, *Participação do Doente na Decisão Clínica*, com 46 unidades de registo e, por último, *Quem Deve Informar e Pedir o CI*, com 27 unidades de registo.

Em síntese, os entrevistados consideram que o factor de maior importância é o acesso do doente à informação, depois o próprio significado do CI, assim como a participação do enfermeiro na informação e no CI, a participação do doente na decisão clínica e também quem deve informar e pedir o CI.

CATEGORIA ACESSO DO DOENTE À INFORMAÇÃO

Na categoria *Acesso do Doente à Informação*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 4 subcategorias, registando uma frequência de 163 unidades de registo em 15 sujeitos.

A primeira subcategoria – *Informação* – registou uma frequência de 141 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados (isto é, a totalidade dos inquiridos).

A segunda subcategoria – *Relação Médico/ Doente* – auferiu uma frequência de 18 unidades de registo, sendo citada por 6 entrevistados.

A terceira subcategoria – *Participação* – somou uma frequência de 2 unidades de registo, tendo sido utilizada por 2 sujeitos.

A quarta subcategoria – *Hospital* – registou uma frequência de 2 unidades de registo, com referência por 1 entrevistado.

Quadro 61

Distribuição das subcategorias da categoria
ACESSO DO DOENTE À INFORMAÇÃO,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º	%	Frequência
Sujeitos			
Informação	15	100	141
Relação médico/ doente	6	40	18
Participação	2	13,3	2
Hospital	1	6,6	2
Total	15	100	163

Alguns excertos ilustram o que atrás referido:.

INFORMAÇÃO

Os doentes mostram a necessidade de serem esclarecidos sobre a sua doença e eventual cirurgia e dos benefícios que daí advém:

E61 A Dr.ª S. explicou-me o que ia fazer, porque se não o fizesse ficava cega.

E70 Foi uma hérnia discal, fui ter com o médico e ele examinou-me e disse-me que a única solução era operar.

E70 E mostrou-me o que eu tinha no TAC e que a única solução era operar.

E71 Foi explicada pelo médico.

E70 E vai-me explicando tudo.

E71 Depois dos exames que fiz, explicou-me como já lhe disse que deveria ser operado, para ficar bem.

E73 Porque o próprio doente deve saber do seu estado, do que tem.

E66 Ajuda na doença.

E67 Todas as pessoas têm o direito de saber.

E70 Porque não podemos andar enganados.

Outros afirmam que não tiveram acesso à informação e mostram o seu desagrado:

E65 Não me foi nada transmitido.

E65 Não sei o que se passa.

E66 A informação técnica não me foi dada.

E66 Estou à espera que me digam o que vou fazer e o que já fiz.

E65 Coisa que até agora não fui.

E66 Não quero passar mais dois anos sem saber o que tenho.

Outros doentes afirmam que foram informados mas não entenderam a informação dada pelo médico e que, no fundo, é como se não tivessem sido informados:

E73 Foi de uma forma muito vaga.

E73 Não percebi muito bem.

Os doentes revelam a necessidade de terem acesso ao diagnóstico, mesmo quando grave, para poderem colaborar e organizar a sua vida. Porém, fazem uma ressalva, que é a preparação prévia a esta informação, pois conforme o tipo de doente, assim a sua forma de reagir perante a doença:

E61 Porque se a pessoa tiver uma coisa má, um cancro, deve ir a um sítio adequado, para realizar o seu tratamento da melhor forma possível.

E67 Como há-de continuar a sua vida, o resto da vida que lhe falta viver.

E69 Porque se trata da saúde das pessoas.

E71 Não devem andar iludidos.

E73 Para saber como deveria actuar.

E75 Dá-nos uma certa força sabermos o que temos, até para poderem ajudar-nos.

E63 Acho que devem ser preparados para depois poderem receber[em] a informação.

E63 Devem ser preparados para depois receberem a informação do que se passa.

E69 Para organizar a sua vida.

E62 Acho que depende do doente.

E62 As pessoas não são todas iguais.

E62 E depende da personalidade da pessoa em questão.

E62 Há pessoas que, devido ao seu temperamento, não se pode dizer nem fazer nada, isto é regra geral.

E64 Depende da pessoa.

E64 Para uma pessoa que tenha... hum... pode ser um descalabro.

Esta informação tem que ser baseada numa relação de verdade e transparência:

E61 Porque os médicos têm que dizer tudo às claras e não às escondidas.

A informação deve ajudar o doente aquando da sua alta, de forma a não ter dúvidas quando regressar a sua casa.

E61 Senão, veja o meu caso, não sei o que devo fazer quando for para casa.

Acham que a família deve também ter acesso a toda a informação, mas que a decisão será sempre do doente:

E65 E também a família deve saber.

E65 E não sei se a família saberá lidar com isso.

E68 Sabe a família e o doente não.

E75 É assim, a família muitas vezes quer interferir porque acha que sabe o que é melhor para nós, e eu não sou nada dessa opinião.

Consideram alguns doentes que terem acesso à informação num diagnóstico grave é muito complexo e até complicado:

E64 Isso é um caso muito complexo, minha senhora.

E64 É muito complexo.

Há doentes que não querem ser informados sendo um direito que têm:

E68 Às vezes, é melhor não saber.

E68 Não sei se será bom as pessoas saberem isso.

E74 E se não quiser saber?

RELAÇÃO MÉDICO/DOENTE

Os doentes mencionam esta relação baseada na total confiança e inclusive na entrega, utilizando mesmo a afirmação “entreguei-me nas mãos dele”, o que mostra uma certa necessidade de paternalismo por parte dos doentes:

E70 E eu entreguei-me nas mãos dele.

E70 E ele dá-me uma assistência fabulosa.

E70 Vem cá duas vezes por dia.

E70 Ele é fantástico!

E75 E como lhe disse, eu confio no médico.

E75 E entreguei-me a ele.

Outros doentes referem esta relação como personalizada, em que o médico conhece muito bem o seu doente, inclusive utilizam o termo “*sinta o doente*”:

E64 O médico, se for um médico que conheça, que sinta o doente, ele é que sabe.

E64 Ele é que sabe se deve ou não dizer.

Há doentes que falam desta relação com um grande *deficit* de comunicação e como algo difícil que não correu bem, mencionando mesmo condutas não muito próprias por parte do médico:

E74 Não consigo perceber muito bem o que o médico me diz.

E64 Explicou-me e saiu!

E69 Agora papéis e termos técnicos não.

E69 Mas tenho os exames comigo, mas é a mesma coisa, não percebo nada.

PARTICIPAÇÃO

A maioria dos doentes considera que deve ter acesso à informação, como também deve participar da decisão médica:

E62 E depois um dia por minha iniciativa.

Esta participação, segundo eles, também inclui a recusa ao acto médico proposto:

E74 Mas eu não quero ser operado.

HOSPITAL

Mencionam a escolha do hospital privado inclusivamente para ter acesso à informação:

E62 No público, como sabe, é tudo ao molhe e fé em Deus!

E62 Ou seja, tive que vir para o privado para saber o que tinha.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados na categoria *Acesso do Doente à Informação*, a maioria dos doentes revela a necessidade de ser esclarecida sobre a sua doença e eventual cirurgia, e dos benefícios que daí advêm.

Outros afirmam que não tiveram acesso à informação, mostrando o seu desagrado.

Há ainda doentes que declaram terem sido informados mas que não entenderam a informação dada pelo médico, o que consideram o mesmo que não serem informados.

Os doentes reconhecem a necessidade de terem acesso ao diagnóstico, mesmo quando grave, para poderem colaborar e organizar a sua vida. Porém, fazem uma ressalva: a preparação prévia a esta informação, já que o perfil do doente influencia a sua forma de reagir perante a doença.

Esta informação tem de ser baseada numa relação de verdade e transparência, devendo ajudar o doente aquando da sua alta para que este saiba o que deve fazer.

Acham que a família deve também ter acesso a toda a informação, mas que a decisão será sempre do doente.

O acesso à informação num diagnóstico grave é encarado por alguns doentes como muito complexo, havendo os que não desejam ser informados, exercendo desta forma o que consideram ser um direito.

Os doentes mencionam esta relação baseada na total confiança e inclusive na entrega, utilizando mesmo a afirmação “entreguei-me nas mãos dele”, o que mostra uma certa necessidade de paternalismo por parte dos doentes.

Outros há que referem esta relação como personalizada, em que o médico conhece muito bem o seu doente, utilizando até o termo “*sentir o doente*”.

Alguns pacientes falam desta relação como um grande *deficit* de comunicação e como algo difícil que não correu bem, chegando a mencionar condutas pouco apropriadas por parte do médico.

A maioria dos doentes considera que deve ter acesso à informação, como também deve participar da decisão médica.

Mencionam a escolha do hospital privado para obterem informação.

CATEGORIA SIGNIFICADO

Na categoria *Significado*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 5 subcategorias, num total de 15 entrevistados, registando uma frequência de 151 unidades de registo.

A primeira subcategoria – *Informação* – obteve 84 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados (ou seja, a totalidade dos entrevistados).

A segunda subcategoria – *Útil* – somou 30 unidades de registo, referida por 15 sujeitos.

A terceira subcategoria – *Relação Médico/ Doente* – auferiu 30 unidades de registo, citada por 5 entrevistados.

A quarta subcategoria – *Participa* – alcançou 4 unidades de registo, sendo utilizada por 3 sujeitos.

A quinta subcategoria – *Trabalho em Equipa* – adquiriu 3 unidades de registo, com referência de 1 entrevistado.

Quadro 62

Distribuição das subcategorias da categoria
SIGNIFICADO,
pelo Número Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Informação	15	100	84
Útil	15	100	30
Relação médico/ doente	5	33,3	30
Participa	3	20	4
Trabalho em equipa	1	6,6	3
Total	15	100	151

Fazendo a análise do quadro, verifica-se que dentro das subcategorias, as que têm maior número de ocorrências, com 100%, são *Informação* e *Utilidade*, seguidas de *Relação Médico/ Doente*, com 33,3%; por último, surge a subcategoria *Trabalho em Equipa*, com 6,6%.

Alguns excertos ilustram o atrás referido:

INFORMAÇÃO

Os doentes verbalizam a necessidade de os médicos os esclarecerem e de como foi importante para eles terem acesso a essa informação:

E61 Eu já não conseguia ver, tinha cataratas e a Dra S. explicou-me tudo.

- E61 E eu percebi o que tinha que fazer antes e depois da cirurgia.
- E61 Porque se não fosse operada perdia a vista.
- E62 Que se dê a informação completa aos doentes.
- E62 Dar informação é necessário.
- E63 Acho que fui bem informada, tanto com o médico da urgência, como na consulta.
- E63 Explicaram-me tudo!
- E63 E explicaram-me porque os devia fazer.

Há doentes que se queixam da total ausência de informação por parte da equipa médica, revelando reacções à não informação tais como confusão e nervosismo:

- E65 Até agora tenho pouco a noção do que é que eu tenho.
- E65 Sei que tenho uma infecção respiratória e pouco mais.
- E65 E não sei mais do que se passa.
- E65 Em termos da equipa médica e da informação transmitida ao doente sobre o que se passa, comigo é nula!
- E74 E não sei muito bem o que me vão fazer.
- E65 Como lhe disse, não sei o que tenho.
- E65 Ninguém me informou de nada.
- E74 Estou a ficar nervoso.
- E74 E confuso.

A informação contribuiu para a qualidade de vida do doente e para este poder organizar da melhor forma a sua vida:

- E61 Para que pudesse ser operada e estar melhor na vida.
- E69 Para organizar a sua vida.

Consideram a informação um direito que têm:

- E63 O doente tem todo o direito de ser informado.

ÚTIL

Consideram que o CI é útil e que ajuda o doente a entender a doença:

- E75 Foi muito importante.
- E75 Ajudou muito.

RELAÇÃO MÉDICO/DOENTE

Alguns doentes consideram que esta relação se tornou actualmente muito mecanizada e que se está a perder a característica humana:

- E64 Mas a medicina está muito mecanizada.
- E64 Os médicos esquecem-se da ideia.
- E64 Os médicos não têm essa característica humana, a meu ver.

Por outro lado, outros doentes afirmam o contrário, dizendo que a sua relação com o médico é muito humanizada, referindo-se mesmo ao médico como um “amigo”. A relação está baseada numa boa comunicação, assente na confiança, e é algo que lhes dá esperança durante o decurso da sua doença:

E63 Que é uma amiga, sempre me explica tudo.

E63 Com muita calma.

E63 E fico sempre calma quando falo com ela.

E63 Ela é muito carinhosa.

E64 Os médicos deviam acompanhar os doentes, os doentes estão debilitados.

E64 Acompanhar a nível psicológico os doentes.

E63 E tive a sorte de encontrar os meus dois médicos, que me trataram e explicaram tudo.

E64 Mas temos que ser acompanhados pelo médico na esperança de que as coisas vão evoluir.

Outros doentes afirmam terem sido informados, mas não terem tido, por parte do médico, uma atenção adequada, afirmando mesmo que os médicos “despejam a informação”:

E64 Despejam a informação.

E64 Mas os médicos são muito apressados.

E64 Mas não acompanham o doente.

E64 Tanto como deveriam, a meu ver, acompanhar.

E69 Há termos que os médicos usam e que eu não percebo.

PARTICIPAÇÃO

Na participação do doente, há o aceitar ou não tratamento, isto é, exprimir a sua livre escolha e o respeito pela sua autonomia, podendo mesmo recusar a cirurgia se não estiver de acordo:

E74 Mas eu não quero ser operado!

E69 E por isso aceitei ser internado.

E70 se aceito ou não.

E70 E dizer o que acho.

TRABALHO EM EQUIPA

Referem ter sido muito bem cuidados pela equipa, de uma forma humanizada:

E63 Tenho sido muito bem tratada pelos meus médicos e pelas enfermeiras.

E63 Tenho sido muito bem tratada, acarinhada, mas estou desejosa de ir para casa.

E63 Só tenho a dizer tudo de bom.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria – *Significado*, os doentes verbalizam a necessidade de os médicos os esclarecerem e de como foi importante para eles terem tido acesso a essa informação.

Há doentes que se queixam da total ausência de informação por parte da equipa médica, revelando reacções a essa ausência, tais como confusão e nervosismo.

A informação contribuiu para a qualidade de vida do doente e para este poder organizar da melhor forma a sua vida.

Consideram a informação um direito que lhes assiste, vendo o CI como útil, na medida em que os auxilia a compreender a doença.

Alguns doentes consideram que a relação médico/ doente se tornou actualmente muito mecanizada, perdendo a característica humana.

Por outro lado, outros doentes afirmam o contrário, dizendo que a sua relação com o médico é muito humanizada, referindo-se mesmo ao médico como um “amigo”. A relação está baseada numa boa comunicação, assente na confiança, e é algo que lhes dá esperança durante o decurso da sua doença.

Outros doentes afirmam terem sido informados, mas não terem tido por parte do médico, uma atenção adequada, asseverando mesmo que os médicos “despejam a informação”.

Na participação do doente, este pode aceitar ou não tratamento, pertencendo-lhe a livre escolha e o respeito pela sua autonomia, podendo mesmo recusar-se ser submetido a cirurgia, se não estiver de acordo.

Há doentes que referem ter sido muito bem cuidados pela equipa de saúde (médicos e enfermeiros), de uma forma humanizada.

CATEGORIA PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NA INFORMAÇÃO E NO CI

Na categoria *Participação do Enfermeiro na Informação e no CI*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 4 subcategorias, num total de 15 entrevistados, registando uma frequência de 59 unidades de registo.

A primeira subcategoria – *Participar* – obteve 46 unidades de registo, sendo referida por 15 sujeitos (a totalidade dos inquiridos).

A segunda subcategoria – *Relação Enfermeiro/ Doente* – alcançou 7 unidades de registo, citada por 6 entrevistados.

A terceira subcategoria – *Relação Médico/ Doente* – colheu 4 unidades de registo, utilizada por 2 sujeitos.

A quarta subcategoria – *Trabalho em Equipa* – somou 2 unidades de registo, tendo sido referida por 2 entrevistados.

Quadro 63

Distribuição das subcategorias da categoria
PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NA INFORMAÇÃO E NO CI,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Participar	15	100	46
Relação enf. /doente	6	40	7
Relação médico/doente	2	13,3	4
Trabalho em equipa	2	13,3	2
Total	9	30,0	12

Fazendo a análise do quadro, verifica-se que dentro das subcategorias, a mais relevante, com 100% de referências (a totalidade dos inquiridos), é a subcategoria *Participar*, seguida da subcategoria *Relação Enfermeiro/ Doente*, com 40% e, com igual percentagem de 13,3%, as subcategorias *Relação Médico/ Doente* e *Trabalho em Equipa*.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o que atrás referido:.

PARTICIPAR

Os doentes acham que os enfermeiros devem participar na informação e no CI:

E75 Claro que é muito importante.

E62 Aí também têm um papel bem grande.

E65 Se os enfermeiros em princípio estão aptos para isso, devem participar também ao doente.

E65 Pelo menos, ajudar o doente a perceber o que o doente tem. Pelo menos passa por aí!

Devendo esclarecer o doente e ajudá-lo no entendimento da informação sempre que necessário:

E61 Devem dar a informação.

E63 Acho que os enfermeiros devem estar informados sobre o que se passa com os doentes.

E66 Que devem informar.

Porém, há doentes que afirmam que os enfermeiros não só não devem participar no CI como também não devem informar:

E67 Não.

E65 Isso é um bocado subjectivo.

Afirmam que estes estão sobre a dependência médica e que só o poderão fazer depois do médico e não de forma autónoma:

E63 Mas quem deve informar os doentes e o Consentimento Informado são os médicos.

E63 E depois o médico deve informar a enfermeira do que o doente tem para depois poderem lidar com o doente. É essa a função da enfermeira, na minha opinião!

E64 Quem deve informar é o médico.

E64 Quem deve informar o doente é o médico e não o enfermeiro.

E67 Desde o momento em que o médico diga o que se passa.

RELAÇÃO ENFERMEIRO/DOENTE

A relação enfermeiro/ doente baseia-se no apoio que este dá ao doente no decurso do seu internamento, devido sobretudo, aos enfermeiros terem maior contacto com o doente e de servirem muitas vezes de tradutor do médico que explicou mas o doente não entendeu:

E62 Sobretudo no apoio.

E62 Mas principalmente no apoio.

E75 Nós contactamos mais com os enfermeiros do que com os médicos.

E66 Que devem ajudar-nos a perceber o que o médico diz.

Porém, há doentes que se queixam desta relação, definindo-a como mecanizada e pouco humana:

E64 O enfermeiro deve ter, mas não tem, também o hábito de acompanhar o doente.

E64 Está também muito mecanizado.

RELAÇÃO MÉDICO/DOENTE

Afirmam que esta relação é pouco próxima para com o doente:

E74 Não é que tenha uma relação muito próxima com o doente, mas tem essa obrigação esse dever.

TRABALHO EM EQUIPA

Para alguns doentes, os enfermeiros fazem parte de uma equipa que os apoia durante o seu internamento:

E72 Fazem parte da cadeia das pessoas que depois devem informar os doentes.

E73 Que devem participar, assim como os médicos.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria – *Participação do Enfermeiro na Informação e no CI*, alguns doentes referem que os enfermeiros devem participar na informação e no CI, devendo esclarecer o doente e ajudá-lo no entendimento da informação sempre que necessário.

Porém, há doentes que afirmam que os enfermeiros não só não devem participar no CI como também não devem informar, dizendo que aqueles estão sob a dependência médica e que só o poderão fazer depois do médico e não de forma autónoma.

A relação enfermeiro/ doente baseia-se no apoio que este dá ao doente no decurso do seu internamento, devido sobretudo, aos enfermeiros terem maior contacto com o doente e de servirem muitas vezes de tradutor quando a explicação do médico não é clara para o doente.

Porém, há doentes que se queixam desta relação, definindo-a como mecanizada e pouco humana. Afirmam que esta relação é pouco próxima do doente.

Para alguns doentes, os enfermeiros fazem parte de uma equipa de saúde que os apoia durante o seu internamento.

categoria Participação do Doente na Decisão Clínica

Na categoria *Participação do Doente na Decisão Clínica*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 3 subcategorias, obtendo 47 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados.

Quadro 64

Distribuição das subcategorias da categoria
PARTICIPAÇÃO DO DOENTE NA DECISÃO CLÍNICA,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Participar	9	60%	30
Relação médico/doente	9	60%	10
Informação	5	33,3	7
Total	15	100	47

Fazendo uma análise do quadro, verifica-se que existem iguais percentagens (60%) para *Participação do Doente na Decisão Clínica* e *Relação Médico/ Doente*. Surgindo depois com 33,3%, a subcategoria *Informação*.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

PARTICIPAR

Os doentes gostariam de participar na decisão clínica:

E61 Eu também participei.

E65 Eu acho que seria importante participar.

Querem dar a sua autorização antes de cada acto médico, e muitos revelam que já o fazem:

E61 A minha opinião é que, depois de me explicarem, eu concordei e fui operada.
E65 Se concordamos ou não com a decisão médica.
E70 De dizer se concordo ou não.
E70 Neste caso concordei, mas antes explicaram-me.
E71 De resto, devo participar se concordo ou não com a operação.
E71 Ou se quero ser operado.
E72 Para dizer sim ou não.
E61 Disse que podia-me operar.

Há doentes que participam na decisão clínica e recusam o acto médico ou tratamento:

E68 Não sei se aceito a decisão deles.
E68 Não sei se aceito, minha senhora, o que os médicos me poderão querer vir a fazer.
E74 Mas, como eu já lhe disse e vou continuar a repetir, não quero ser operado.
E74 Ele pôs as cartas na mesa e eu optei, não quero ser operado.

Alguns têm dúvidas se têm preparação para poderem participar:

E63 Não sei se tenho preparação para isso.

Outros doentes recusam-se a participar na decisão clínica, como algo que não lhes diz respeito, mas sim ao médico e não eles:

E63 É melhor não!
E64 Não.
E64 Não gostaria.
E69 Não tenho muita certeza disso.

RELAÇÃO MÉDICO/DOENTE

É muito importante a comunicação que o médico tem com o doente, desde a conversa até ao tratamento:

E65 Mas pelo menos, falar com os doentes.

Esta relação é baseada na confiança que o doente tem no médico, havendo muitas vezes uma necessidade demonstrada pelo doente de paternalismo médico:

E62 Eu não posso dizer que não quero isto ou aquilo, eu não sou médica.
E67 Mas não me meto nos assuntos médicos.
E69 Se estivesse habilitado acho que sim, mas como não tenho conhecimentos.
E69 Tenho que me entregar nas mãos do médico que está a fazer, a tratar-me.
E73 Eu confio nos médicos.
E73 Eu concordo inteiramente na decisão dos médicos.
E73 Eles é que sabem.

Outros revelam que há um *deficit* na relação médico/doente, devido a uma alteração dos tempos actuais:

E68 O meu marido era da CGD, gostava muito dos médicos dele, tudo bem!

E68 Mas agora é diferente.

INFORMAÇÃO

Ter acesso à informação para se poder participar na decisão clínica é, para muitos doentes, muito importante mas também acarreta alguma angústia, como uma doente conta no que toca à sua história de vida (ou doença):

E62 Olhe, é conforme, vou dar-lhe um exemplo: eu fiz uma mastectomia e perguntaram-me se queria tirar o peito, eu não gostava, mas teve que ser.

E70 Gosto de saber.

E65 E esclarecer as dúvidas para mim já era importante.

E71 Mas isto tem a ver com a informação e a explicação que o médico nos dá.

E71 Você, se não for operado, tem X riscos e tem Y percentagem de ficar bom, não é?

E74 O médico explicou-me.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria – *Participação do Doente na Decisão Clínica*, os inquiridos referiram que gostariam de participar na decisão clínica.

Querem dar a sua autorização antes de cada acto médico, e muitos revelam que já o fazem.

Há doentes que participam na decisão clínica e recusam o acto médico ou tratamento.

Alguns têm dúvidas se têm preparação para poderem participar.

Outros doentes recusam-se a participar na decisão clínica, como algo que não lhes diz respeito, mas sim ao médico e não a eles.

É muito importante a comunicação que o médico tem com o doente, desde a conversa até ao tratamento.

Esta relação é baseada na confiança que o doente tem com o médico, existindo frequentemente uma necessidade demonstrada pelo doente de paternalismo médico.

Outros revelam que há um *deficit* na relação médico/doente, devido a uma alteração dos tempos actuais face a hábitos passados.

Ter acesso à informação para se poder participar na decisão clínica é para muitos doentes, muito importante mas também acarreta alguma angústia.

CATEGORIA QUEM DEVE INFORMAR E PEDIR O CI

Na categoria *Quem Deve Informar e Pedir o CI*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 3 subcategorias, obtendo 27 unidades de registo, sendo referidas por 15 sujeitos.

Quadro 65

Distribuição das subcategorias da categoria
QUEM DEVE INFORMAR E PEDIR O CI,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Médico	13	86,6	13
Informação	5	33,3	7
Trabalho em equipa	3	20	3
Total	15	100	27

Fazendo uma análise do quadro, verifica-se que *Quem Deve Informar e Pedir o CI* deverá, segundo a maioria das opiniões, ser o *Médico*, com 86,6%, seguida da importância da *Informação*, com 33,3% e por último, o *Trabalho em Equipa*, com 20%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o que atrás referido:

MÉDICO

Para a maioria dos doentes, quem deve informar e pedir o CI deverá ser o médico:

E62 O médico, é claro!

E63 O médico.

E63 O nosso médico.

Isto devido à relação que existe entre o médico e o doente, baseada na confiança:

E64 É a minha tábuia de salvação.

E64 A pessoa a que eu estou agarrado para resolver.

INFORMAÇÃO

A informação para o doente é de extrema importância no esclarecimento da sua doença e tratamento:

E64 Para saber o que eu tenho.

E64 E o que devo fazer.

E69 Na altura em que se está doente toda a informação é boa.

E69 Sempre boa.

E73 Para sabermos como irá ou vai correr.

TRABALHO EM EQUIPA

Para alguns doentes, esta informação e o CI poderá ser dada ou transmitida em conjunto pelos médicos e enfermeiros num trabalho em equipa:

E71 Os enfermeiros e os médicos.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria – *Quem Deve Informar e Pedir o CI*, para a maioria dos doentes, quem deve informar e pedir o CI deverá ser o médico.

Tal acontece devido à relação que existe entre o médico e o doente, baseada na confiança.

A informação para o doente é de extrema importância no esclarecimento da sua doença e tratamento.

Para alguns doentes, esta informação e o CI poderá ser dada ou transmitida em conjunto pelos médicos e pelos enfermeiros num trabalho em equipa.

2 – Hospital Público

2.1 - Unidade temática: CONSENTIMENTO INFORMADO NA PERSPECTIVA MÉDICA (NA ASSISTÊNCIA PÚBLICA)

Quadro 64

Distribuição das categorias e subcategorias da Unidade temática
 CONSENTIMENTO INFORMADO NA PERSPECTIVA MÉDICA NA ASSISTÊNCIA PÚBLICA,
 por Número de Sujeitos e Frequência

Categorias	Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
O CI pode contribuir para a humanização e qualidade na prática clínica	Participação	2	13,3	9
	Relação médico/doente	9	60	36
	Existe relação	13	86,6	59
	Informação	11	73,3	23
	Hospital	1	6,6	1
	Declaração	1	6,6	3
	Não há relação	10	66,6	20
	Total	15	100	151
Dificuldades da equipa médica	Informação	15	100	76
	Relação médico/doente	15	100	107
	Não existem dificuldades	5	33,3	7
	Dificuldades			
	Decisão do doente	9	60	30
	Declaração	8	53,3	19
		1	6,6	4
	Total	15	100	243
Participação dos enfermeiros na informação e no CI	Enfermeiros devem participar	13	86,6	44
	Médicos	9	60	40
	Trabalho em equipa	10	66,6	34
	Doente	1	6,6	1
	Não devem participar	4	26,6	5
	Total	15	100	124
Significado	Informação	15	100	50
	Relação médico/ doente	4	26,6	11
	Decisão do doente	12	80	19
	Trabalho em equipa	1	6,6	1
	Declaração	3	20	6
	Total	15	100	87
Obrigatoriedade	Informação	6	40	11
	Relação médico/doente	6	40	12
	Decisão do doente	4	26,6	7
	Obrigatório	12	80	18
	Não obrigatório	4	26,6	4
	Declaração	10	66,6	16
	Dúvidas	4	26,6	8
	Total	15	100	76

Quem deve aplicar o CI	Informação	3	20	7
	Relação médico/doente	2	13,3	5
	Médico	12	80	38
	Enfermeiro	1	6,6	2
	Administrativos	2	13,3	5
	Trabalho em equipa	5	33,3	17
Total		15	100	74

Nesta unidade temática – *Consentimento Informado na Perspectiva Médica na Assistência Pública* – foram formuladas aos entrevistados as seguintes perguntas:

- *O que é para si o Consentimento Informado?*
- *Concorda com a obrigatoriedade do Consentimento Informado?*
- *Quem deve proceder à aplicação do Consentimento Informado?*
- *Na sua opinião, que dificuldades encontra na obtenção do Consentimento Informado?*
- *Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes têm um diagnóstico grave?*
- *Fala-se da qualidade na prática clínica. Acha que há uma relação entre esta e o Consentimento Informado?*
- *Acha que o Consentimento Informado pode contribuir para a humanização da prática clínica? Comente.*
- *Na sua opinião, qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no Consentimento Informado aos doentes?*

Após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 6 categorias, tendo a primeira categoria – *Dificuldades da Equipa Médica* – uma frequência de 243 unidades de registo em 15 entrevistados.

A segunda categoria – *O CI Pode Contribuir para a Humanização e Qualidade na Prática Clínica* – obteve 151 unidades de registo, sendo referida por 15 sujeitos.

A terceira categoria – *Participação dos Enfermeiros na Informação e no CI* – somou 124 unidades de registo, citada por 15 entrevistados.

A quarta categoria – *Significado* – adquiriu 87 unidades de registo, sendo utilizada por 15 sujeitos.

A quinta categoria – *Obrigatoriedade* – contou com 76 unidades de registo, referida por 15 entrevistados.

A sexta categoria – *Quem Deve Aplicar o CI* – obteve 76 unidades de registo, com referência de 15 entrevistados.

Todas as categorias tiveram igual percentagem – 100% , a totalidade dos inquiridos.

Em síntese, os entrevistados consideram que o CI, na perspectiva médica na assistência pública, oferece as próprias dificuldades da equipa médica, e que o CI pode contribuir para a humanização e qualidade na prática clínica; a participação do enfermeiro na informação e no CI é polémica e ambígua, assim como a importância do significado do Consentimento Informado, a obrigatoriedade e quem deve aplicar o CI.

CATEGORIA DIFICULDADES DA EQUIPA MÉDICA

Na categoria *Dificuldades da Equipa Médica*, após a análise do conteúdo das respostas, foram levantadas 6 subcategorias, num total de 15 entrevistados, registando 243 unidades de registo.

A 1ª subcategoria – *Relação Médico/Doente* – obteve 107 unidades de registo, sendo referida por 15 sujeitos (isto é, a totalidade dos entrevistados).

A 2ª subcategoria – *Informação* – somou 76 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados.

A 3ª subcategoria – *Dificuldades* – colheu 30 unidades de registo, sendo citada por 9 sujeitos.

A 4ª subcategoria – *Decisão do Doente* – obteve 19 unidades de registo, com referência de 8 entrevistados.

A 5ª subcategoria – *Não Existem Dificuldades* – auferiu 7 unidades de registo, utilizada por 5 sujeitos.

A 6ª subcategoria – *Declaração* – recebeu 4 unidades de registo, tendo sido referida por 1 entrevistado.

Quadro 67

Distribuição das Subcategorias Categoria

DIFICULDADES DA EQUIPA MÉDICA

por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Relação médico/ doente	15	100	107
Informação	15	100	76
Dificuldades	9	60	30
Decisão do doente	8	53,3	19
Não existem dificuldades	5	33,3	7
Declaração	1	6,6	4
Total	15	100	243

Fazendo uma análise do quadro, verifica-se que dentro das subcategorias, as mais relevantes, com 100%, são *Relação médico/doente* e *Informação*, seguidas de *Dificuldades*, com 60%; *Decisão do Doente*, com 53,3%; *Não Existem Dificuldades*, com 33,3%; e *Declaração*, com 6,6%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

RELAÇÃO MÉDICO/DOENTE

Esta relação é baseada numa boa comunicação entre o médico e o doente, em que tem de existir como “ingredientes” básicos, a sensibilidade, a paciência e a disponibilidade:

E24 Acho que tem a ver com a sensibilidade.

E17 Paciência.

E23 O que eu meço é o tipo de doente que tenho.

E17 Disponibilidade.

E17 Não se pode ser uma coisa feita.

E17 Tem que ser feita com cuidado e com atenção.

Esta comunicação nem sempre é fácil, havendo dificuldades de quem a está a receber e a necessidade de a simplificar para ser bem entendida:

E21 E portanto a mensagem às vezes não é fácil de passar.

E21 E às vezes, obriga a alguma simplificação para se conseguir haver uma comunicação mínima com o doente.

E23 Temos dificuldade em explicar o que eles têm, coisas complicadas como por exemplo: CPRE, uma grande cirurgia.

E23 Faz-lhes muita confusão.

E23 Explicar coisas de maneira simples.

Revelam que é sempre difícil dizer a verdade ao doente, tanto para o médico como para o doente:

E24 Tiver que dizer a verdade.

E24 Dizer as coisas que são, que são difíceis de o doente ouvir.

Para que esta relação se desenrole, é preciso tempo e um espaço onde haja privacidade para facilitar uma conversa com o doente:

E17 Não pode ser uma coisa feita de forma apressada e descuidada.

E22 Mas damos algum tempo e depois voltamos.

E20 Para podermos conversar com calma com o doente.

E20 Lamentavelmente, isso acontece.

E17 É necessário tempo.

E20 Às vezes não há sítio para podermos falar com o doente e com a família.

INFORMAÇÃO

Os médicos têm como principal objectivo, esclarecer o doente sobre os procedimentos que vão realizar, aclarando todos os riscos e complicações e também benefícios que possam advir daí.

A informação é dada de forma a adequar a linguagem ao doente que está a receber a informação:

E16 Deveria ter mais informações sobre o que, que vai acontecer, sobre os procedimentos.

E16 Tudo, tudo aquilo que corre.

E16 Os exames que fazem.

E26 Os doentes ligam muito mais aos contras do que aos prós do acto médico, digamos assim.

E26 Nós falamos das complicações porque apesar de tudo são as excepções à regra, muito pequenas.

E27 E não tentarem simplificar essa informação para que seja facilmente perceptível.

Contudo, esta informação tem limites, tem-se sempre em conta o doente e como este pode reagir à informação:

E23 Até onde posso dar a informação.

E23 Explico o que eles sabem até onde podemos ir.

E24 Da forma como o doente reage.

E24 Sabemos que à partida o doente não vai reagir bem.

Há também a recusa à informação e a não-aceitação da verdade:

E21 Não quer saber.

E23 Eu nunca tive mas disseram-me que há familiares, ou há pessoas que preferem que não saber.

E22 Não aceitam a verdade.

E23 Por exemplo, vão tirar o estômago todo, ou que corre o risco de ficar com o saquinho, mas não sabe de nada.

A família na informação aparece, não como um aliado, mas como um obstáculo perante a informação dada pelo médico ao doente:

E23 Há familiares que pedem para não lhes dizer exactamente nada, vão fazer uma cirurgia e depois vai fazer ou não quimioterapia.

E23 Eu pessoalmente não tenho muito isso.

E23 E às vezes é um familiar mais chegado ou não, mas isso pode, pode pôr alguns problemas.

Na informação aparece uma história de vida de um médico que tem um diagnóstico grave e relata a sua experiência do outro “lado” e de como foi negativa essa informação para ele:

E22 Eu também estive doente.

Depois de um banco, senti-me muito mal. Fui logo visto por um colega e ele disse-me: “ouve temos que te fazer um cateterismo, se resultar temos que fazer a operação via aberta”. Entrei logo em pânico, rezei e fui operado.

Não sei se está a ver-me numa cama de hospital e a ter que fazer uma cirurgia, foi horrível.

Tive, como os doentes, que aceitar.

Se é isto para nós, imagino para os doentes.

Consideram que é difícil, tanto para o médico como para o doente, a informação que o médico dá quando o doente tem um diagnóstico grave complicado:

E16 Pois, isso aí é mais complicado.

E17 Olhe, isto é um problema muito complexo e eu não tenho resposta para isso.

E17 Eu devo confessar que, nestes anos de clínica, eu continuo a ter muitas dúvidas que essa será a melhor solução.

Alguns médicos, perante esta dificuldade, afirmam que não dão a informação nesses casos:

E24 Nunca disse a um doente a sua situação.

E17 Até não o informarmos.

E17 Não o informarmos.

A grande maioria, perante os doentes com diagnóstico grave, informa e diz a verdade, adequando ao doente e à situação:

E24 Tentaria dizer as coisas ainda que dizendo a verdade.

E28 Habitualmente dou- lhes a informação total.

E17 O tempo que vai viver.

E17 Para o informar da melhor maneira.

E18 Tento explicar o que eles têm, o que é que não têm, qual a evolução.

E19 Dou-lhes toda a informação que lhes posso dar.

E21 Se o doente quer saber eu forneço-lhe toda a informação que tenho.

E27 Contudo deve-se sempre informar ao doente.

E29 Eu acho que deve sempre informar o doente da sua situação.

Ressalvam que é mais fácil quando o diagnóstico não é grave:

E17 Não há problema, quando não há uma doença grave, a informação.

Na informação aos doentes com diagnóstico grave é sempre essencial envolver a família, para colaborarem e serem aliados do médico, devendo estar sempre muito bem informados sobre a situação do doente:

E16 Tenta-se dar mais informação aos familiares.

E20 Nós temos que dizer toda a verdade, se não for ao doente, aos familiares mais directos.

E20 A esses devemos dizer sempre.

E20 Agora aos familiares directos temos a obrigação de informar completamente.

E22 É melhor falar com a família.

O doente tem o direito à informação:

E22 O doente deve ter direito a saber.

E27 Acho que, de uma maneira geral, acho que o doente tem o direito a ser informado.

Alguns médicos defendem a ideia de que a nossa cultura não é de informar os doentes, ao contrário da cultura americana:

E17 Porque costuma-se dizer que na cultura americana os médicos dão a informação total sobre a natureza da doença.

E21 A nossa tradição, não é uma tradição como têm os americanos de dizer tudo aos doentes claramente.

A informação é adequada ao nível socioeconómico do doente e se ele tem responsabilidades:

E20 Se o doente tem responsabilidades graves em relação à família.

E20 Nós temos que dizer tudo.

E20 Era uma pessoa que tinha obrigações e eu tive que lhe dizer tudo.

E25 Depende também dos conhecimentos e diferenciação da pessoa.

Há um médico que dá um caso clínico que o marcou e que está relacionado com a responsabilidade económica que o doente tinha:

E20 Lembro-me da informação que tive de dar em certa medida, em termos de Consentimento Informado, porque era um doente que eventualmente ia fazer uma endoscopia, broncoscopia e depois uma quimioterapia.

Era uma pessoa cujo nome até era conhecido, que já morreu.

Já morreu há uns anos. E tinha um cancro do pulmão.

Mas ele tinha uma família que, além da mulher que era prima direita, tinha cinco filhos, quatro com doenças neurológicas e coisa e tal.

Inclusivamente, ele perguntou, em termos de prognóstico, quanto tempo teria e tudo mais.

E eu tive de dispor de certa maneira da sua vida, com o genro que nunca o apoiou muito. E teve que ter as suas coisas distribuídas por causa disso.

E este foi um caso em que contei absolutamente tudo.

Claro que a mulher, quando soube e o genro também, não gostaram.

Ele ficou um bocado atrapalhado quando eu lhe disse que, estatisticamente, poderia ser seis meses de vida.

Felizmente durou mais.

Lá está, esse tempo de vida orientou a sua vida de forma a fazer as coisas da melhor maneira possível.

O médico, perante a informação a um doente com um diagnóstico grave, tem o sentimento de impotência, mas ao mesmo tempo de ajuda, de minorar o sofrimento e de lhe poder melhorar a qualidade de vida:

E20 Infelizmente, é assim.

E22 Não vai ficar bem, melhora a qualidade de vida, mas morre.

E17 Porque eu acho que a função essencial do médico é ajudar o doente.

E17 Fazer com que a pessoa minore o sofrimento físico e psíquico por um lado e tempo de vida o mais longo possível, mas que dê qualidade.

E17 Fundamentalmente qualidade de vida enquanto está a ser tratado, a sofrer o tratamento ou com o tratamento parado.

O médico tem que avaliar, quando informa, como o doente vai aceitar essa informação. Assim como a reacção que aquele poderá ter, que vai desde a aceitação até ao caso mais dramático do suicídio. Porém, deve ter-se sempre em conta todos estes aspectos:

E16 Há pessoas que aceitam perfeitamente o diagnóstico.

E16 Tem que se ver do ponto de vista psicológico.

E16 Se o doente aguenta saber.

E16 Podem suicidar-se, por exemplo.

E16 Há pessoas que acabam por aceitar.

E16 Tem muito a ver com a personalidade das pessoas.

E16 Tem muito a ver com o doente.

E20 E também depende do tipo de doente.

E23 Tem a ver com aquilo que eles são capazes de captar com o seu psiquismo para a maneira como estão no momento.

E25 Depende de caso para caso, de pessoa, da doença, da patologia, depende da situação do doente.

DIFICULDADES

Os entrevistados referem dificuldades, mas sobretudo entre a teoria do CI e a prática:

E25 Dificuldades, certamente.

E21 Isso, como é óbvio, na prática depois as coisas são muito mais complicadas.

E21 São complicadas

Outra dificuldade é que o CI não está instituído no hospital onde exercem funções, mas consideram-no muito importante e que seria de máxima importância este vir a ser implementado:

E16 É aqui que não está instituído.

E16 E é mau.

E25 Ou não é feito ou por desleixo ou por outra coisa.

E20 As dificuldades que encontramos, às vezes a falta de até de... de enquadramento.

Afirmam que as dificuldades residem nos próprios médicos:

E27 Ou até os próprios médicos.

E27 Ou profissionais de saúde, não obrigatoriamente só os médicos.

E27 Mas principalmente médicos.

E29 As dificuldades muitas vezes são da nossa parte.

A outra dificuldade é a carga de trabalho, que os torna pouco disponíveis para a realização do CI:

E29 A nossa dificuldade é que temos muitos doentes.

E29 Muito trabalho.

E29 E estamos muito ocupados.

Depende também do tipo de doente, se está debilitado, as suas condições físicas e psicológicas:

E21 Pela situação do doente.

E21 Que por vezes está debilitado.

E21 Não quer que o macem.

O nível socioeconómico e cultural do doente é também um obstáculo, tanto à realização do CI como também à transmissão da informação ao doente e à sua correcta compreensão, defendendo alguns médicos a ideia de que o povo português tem limitações intelectuais e culturais:

E21 Tem uma cultura distante da nossa dominante.

E22 A falta de entendimento das pessoas.

E22 A falta de conhecimentos.

E23 Por um lado, o grau de diferenciação dos doentes, a maior parte dos doentes que a gente tem.

E27 Ou culturais ou outras.

E27 O doente não perceber aquilo que lhe é explicado da sua situação clínica.

E27 Há dificuldades no próprio doente para que perceba essa informação.

E30 O nosso povo tem umas limitações intelectuais e de cultura.

DECISÃO DO DOENTE

O respeito pela autonomia do doente em aceitar ou não o tratamento proposto:

E16 Só têm se as pessoas aceitam ou não os tratamentos que vão ser necessários. De facto é isso.

E26 Mas tem que ponderar se querem ou não realizar o acto médico.

NÃO EXISTEM DIFICULDADES

Afirmam não ter dificuldades na realização do CI, alegando que é uma questão de hábito e de prática:

E17 As dificuldades se, se aplica o princípio não serão assim muitas.

E19 Não tenho encontrado.

E25 Não tem que haver dificuldades.

E28 Nenhumas.

E28 De resto, não há normalmente qualquer tipo de dificuldade.

E16 Isto é uma questão de hábito, todas as pessoas.

DECLARAÇÃO

A declaração do CI existe com um papel para os doentes assinarem, onde está explicitado tudo o que lhe pode acontecer:

E16 E depois as pessoas assinam.

E16 Há serviços que fazem assim.

E16 Todas as pessoas que entram têm logo a folha onde têm tudo o que pode acontecer.

E16 Muitas vezes esse papel não tem tudo explicado, todo o procedimento que vão fazer.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria – *Dificuldades da Equipa Médica*, os entrevistados referem que a relação médico/ doente é baseada numa boa comunicação entre estes dois sujeitos, tendo de existir como “ingredientes” básicos a sensibilidade, a paciência e a disponibilidade.

Esta comunicação nem sempre é fácil, havendo dificuldades do receptor e a necessidade de simplificar a informação para ser bem entendida.

Revelam que é sempre difícil dizer a verdade ao doente, tanto para o médico como para o doente.

Para que esta relação se desenrole é preciso tempo e um espaço onde haja privacidade para ter uma conversa com o doente.

Os médicos têm como principal objectivo esclarecer o doente sobre os procedimentos que vão realizar, explicando todos os riscos e complicações e também os benefícios que possam advir daí.

A informação é dada de forma a adequar a linguagem ao doente que está a receber a informação, tendo contudo esta informação limites, já que se torna necessário ter sempre em conta o doente e como este pode reagir à informação.

Há também a recusa à informação e a não-aceitação da verdade.

A família na informação aparece, não como um aliado, mas como um obstáculo perante a informação dada pelo médico ao doente.

Na informação aparece uma história de vida de um médico que tem um diagnóstico grave e relata a sua experiência do outro “lado” e de como foi negativa essa informação para ele.

Os entrevistados consideram que é difícil, tanto para o médico como para o doente, a informação que o médico fornece quando o doente tem um diagnóstico grave ou complicado.

Alguns médicos, perante esta dificuldade, afirmam que não dão a informação nesses casos; a grande maioria, perante os doentes com diagnóstico grave, informa e diz a verdade, adequando ao doente e à situação, ressaltam que é mais fácil quando o diagnóstico não é grave.

Na informação aos doentes com diagnóstico grave é sempre essencial envolver a família, para colaborarem e serem aliados do médico, devendo estar sempre muito bem informados sobre a situação do doente.

O doente tem o direito à informação.

Alguns médicos defendem a ideia de que a nossa cultura não é a de informar os doentes, ao contrário da cultura americana.

A informação é adequada ao nível socioeconómico do doente e ao facto de ele ter ou não ter responsabilidades.

Há um médico que dá um caso clínico que o marcou e que está relacionado com a responsabilidade económica que o doente tinha.

O médico, perante a informação a um doente com um diagnóstico grave, tem o sentimento de impotência, mas ao mesmo tempo de ajuda, minorando o sofrimento e melhorando a qualidade de vida do paciente.

O médico tem de avaliar, quando informa, como o doente irá aceitar essa informação. Assim como a reacção que aquele poderá ter, que vai desde a aceitação até ao caso mais dramático do suicídio, devendo ter-se sempre em conta todos estes aspectos.

Os entrevistados referem dificuldades, sobretudo entre a teoria do CI e a prática.

Outra dificuldade é que o CI não está instituído no hospital onde exercem funções, embora o considerem muito importante, e que seria de máxima utilidade este vir a ser implementado.

Afirmam que as dificuldades residem nos próprios médicos.

A outra contrariedade é a carga de trabalho, que os torna pouco disponíveis para a realização do CI. Depende também do tipo de doente, se está debilitado, as suas condições físicas e psicológicas.

O nível socioeconómico e cultural do doente pode também constituir um obstáculo, tanto à realização do CI, como à transmissão da informação ao doente e à sua correcta compreensão, defendendo alguns médicos a ideia de que o povo português tem limitações intelectuais e culturais.

Há o respeito pela autonomia do doente em aceitar ou não o tratamento proposto.

Afirmam outros não terem dificuldades na realização do CI, alegando ser uma questão de hábito e de prática.

A declaração do CI existe como um papel para os doentes assinarem, onde está explicitado tudo o que lhe pode suceder.

CATEGORIA O CI PODE CONTRIBUIR PARA A HUMANIZAÇÃO E QUALIDADE NA PRÁTICA CLÍNICA

Na categoria *O CI Pode Contribuir para a Humanização e Qualidade na Prática Clínica*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 7 subcategorias, registando uma frequência de 151 unidades de registo em 15 entrevistados.

Quadro 68

Distribuição da subcategoria da categoria
O CI PODE CONTRIBUIR PARA A HUMANIZAÇÃO E QUALIDADE
NA PRÁTICA CLÍNICA,
por Número de Sujeitos e Frequências

Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Existe relação	13	86,6	59
Informação	11	73,3	23
Não há relação	10	66,6	20
Relação médico/doente	9	60	36
Participação do doente	2	13,3	9
Declaração	1	6,6	3
Hospital	1	6,6	1
Total	15	100	151

Fazendo uma análise do quadro, verifica-se que cerca de 86,6% dos entrevistados consideram que *Existe Relação* entre o CI, a qualidade e a humanização na prática clínica; segue-se a subcategoria *Informação*, com 73,3%; *Não há relação* atingiu 66,6%, e a subcategoria *Relação médico/doente* somou 60%; as últimas subcategorias são *Participação do doente* com 13,3% e *Declaração* e *Hospital*, ambas com 6,6%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

EXISTE RELAÇÃO

Existe relação entre o CI, a qualidade e a humanização na prática clínica, para muitos médicos:

E20 Eu acho que há relação.

E18 Acho que a qualidade na prática clínica vai depender se há Consentimento Informado ou não.

E20 Não há dúvida que, nesse aspecto, há um benefício do Consentimento Informado.

E27 Da parte da qualidade faz parte o Consentimento Informado.

E27 Dentro de uma política de qualidade o Consentimento Informado deverá fazer parte.

E30 Ao informar e explicar estão a aumentar a qualidade na prática clínica.

O CI contribui para a humanização:

E16 Sim.

E16 Isso não há dúvida.

E21 Porque, se não há Consentimento Informado, os doentes não são tratados como pessoas.

E21 São tratados como um número, como casos, é a cama 26.

E25 Da mesma forma que com a qualidade, pressupõe-se que haja uma certa humanização.

E27 É um factor de muita humanidade.

Muitas vezes esta relação é de uma certa dualidade e dúvida. O médico alega que podem surgir situações inesperadas durante a operação e que não foram contempladas no CI:

E17 Pode haver ou não relação.

E16 Um indivíduo vai operar e pode pensar encontrar uma coisa e aparece outra coisa.

E16 Isto é, o doente vai ser operado a uma coisa e é mais extenso. Sabe?

E16 E o doente, como é?

E16 Eu posso dizer "vou operá-lo ao intestino, vou tirar um bocado".

E16 Mas chega-se lá e pode-se tirar mais coisas.

E16 Por isso, não se pode dizer exactamente o que se vai fazer.

E16 É uma incógnita.

E16 Não é possível fazer isso.

INFORMAÇÃO

Deve informar-se o doente esclarecendo-o e dizendo toda a verdade:

E18 Só há qualidade se se informar o doente.

E25 Não vamos estar a enganar, nem a esconder a ninguém.

E25 E a prática clínica deve ser clara e esclarecida.

E29 Porém, é aconselhável que o doente seja informado de tudo.

Há doentes que recusam a informação que lhes é dada:

E27 Embora haja doentes que se recusam.

E27 E não querem saber daquilo que rigorosamente têm.

Alguns médicos não informam os seus doentes, sobretudo quando são situações com diagnóstico grave ou reservado:

E23 Porque muitas depressões que há por aí, após operações, no pós-operatório imediato ou em situações de seguimento.

E23 Saem muito bem mas depois não foram informados muito convenientemente de que iriam fazer quimio ou radioterapia.

NÃO HÁ RELAÇÃO

Para alguns médicos, não existe relação entre o CI e a qualidade e humanização na prática clínica, sendo a qualidade muito mais abrangente. Defendem a ideia de que pode não haver CI e haver humanização e qualidade.

E17 A qualidade na prática clínica é mais abrangente do que o Consentimento Informado.

E17 Pode não haver Consentimento Informado e haver qualidade na prática clínica.

E27 Mas pode haver uma boa prática clínica e não haver Consentimento Informado.

E21 Mas a qualidade pressupõe muitas mais coisas.

Para alguns médicos, o CI não contribui para a humanização:

E26 Também acho que não.

E28 Não.

E22 Não condiciona a qualidade, mas as expectativas.

E25 como em toda a medicina, a medicina, não deve pensar só nestes moldes.

RELAÇÃO MÉDICO/ DOENTE

Esta relação médico/doente é algumas vezes norteadas por actuações médicas de paternalismo, ignorando a vontade e autonomia de decisão do doente:

E26 Porque acho que a qualidade da prática clínica será sempre o melhor que o médico possa fazer, quer o doente consinta quer não consinta.

Alguns chegam a considerar o CI como um obstáculo à relação médico/doente, porque retira a autonomia ao médico:

E26 Muitas vezes, se calhar com tanta coisa do Consentimento Informado, há coisas que a gente deveria fazer e não faz por causa do Consentimento Informado, e vai diminuir logicamente, a qualidade.

A maioria, no entanto, considera que o CI melhora a comunicação entre o médico e o seu doente e também com a sua família:

E24 Saber explicar as coisas.

E24 Porque a qualidade do médico e do exercício da medicina passa por uma boa relação com os doentes.

E20 Quando há o Consentimento Informado, há uma maior transparência em termos de processo de dúvidas, que os familiares,

E20 Às vezes mais os familiares que o próprio doente, tenham em relação ao tratamento e procedimentos.

E17 No aspecto que “obriga” o médico a falar com o doente.

E18 Porque a comunicação é também humanizar a relação entre o médico e o doente.

E22 E do que espera de nós, há uma melhor relação.

PARTICIPAÇÃO DO DOENTE

É importante o doente participar na decisão clínica como também, para alguns médicos, na escolha do seu médico/cirurgião:

E28 Eu acho fundamental o doente poder escolher o médico que o vai tratar, com Consentimento ou sem.

E28 Enquanto o doente chega ao médico porque o conhece ou porque lhe deram boas referências e quer ser operado por ele.

E18 Uma vez que a pessoa pode não aceitar esse Consentimento.

DECLARAÇÃO

A declaração do CI pode contribuir para a desconfiança de certos doentes menos esclarecidos, que vêem o CI como um descartar de responsabilidades:

E26 Há muitos doentes que acham que estamos a duvidar da palavra deles e a obrigá-los escrever.

E26 Porque acho que torna as coisas um bocadinho burocráticas,

E26 isto é, estamos a tentar obrigar um doente a assinar um papel.

HOSPITAL

Para alguns médicos, os doentes só querem boas instalações, descurando o resto.

E22 Hotéis de luxo é o que querem.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria – *O CI Pode Contribuir para a Humanização e Qualidade na Prática Clínica* –, os entrevistados referiram que existe relação entre o CI, a qualidade e a humanização na prática clínica, embora muitas vezes esta relação seja de uma certa dualidade e dúvida. O médico alega que podem surgir situações inesperadas durante a operação e que não foram contempladas no CI.

Deve informar-se o doente esclarecendo-o e dizendo toda a verdade.

Alguns médicos não informam os seus doentes, sobretudo quando são situações com diagnóstico grave ou reservado.

Para alguns médicos não existe relação entre o CI e a qualidade e humanização, na prática clínica, tudo é muito mais abrangente. Defendem a ideia de que pode não haver CI e haver humanização e qualidade.

Para alguns médicos o CI não contribui para a humanização.

Esta relação médico/ doente algumas vezes é norteadas por actuações médicas de paternalismo, ignorando a vontade e autonomia de decisão do doente.

Alguns chegam a considerar o CI como um obstáculo à relação médico/ doente, porque retira a autonomia ao médico.

A maioria, no entanto, considera que o CI melhora a comunicação entre o médico e o seu doente e também com os familiares do paciente.

É importante o doente participar na decisão clínica como também, para alguns médicos, na escolha do seu médico/ cirurgião.

O CI pode contribuir para a desconfiança de certos doentes menos esclarecidos que vêem este documento como um descartar de responsabilidades.

Para alguns médicos os doentes só querem boas instalações, descurando os restantes factores.

Na categoria *Participação dos Enfermeiros na Informação e no CI*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 5 subcategorias, num total de 15 entrevistados, registando uma frequência de 124 unidades de registo.

A primeira subcategoria – *Devem Participar os Enfermeiros* – obteve 44 unidades de registo, sendo referida por 13 entrevistados.

A segunda subcategoria – *Trabalho em Equipa* – obteve 34 unidades de registo, sendo referida por 10 sujeitos.

A terceira subcategoria – *Médicos* – alcançou 40 unidades de registo, sendo citada por 9 entrevistados.

A quarta subcategoria – *Não Devem Participar* – somou 5 unidades de registo, utilizada por 4 entrevistados.

QUADRO 69

Distribuição das Subcategorias da Categoria
PARTICIPAÇÃO DOS ENFERMEIROS NA INFORMAÇÃO E NO CI,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Devem participar os enfermeiros	13	86,6	44
Trabalho em equipa	10	66,6	34
Médicos	9	60	40
Não devem participar	4	26,6	5
Total	15	100	124

Fazendo a análise do quadro, verifica-se que, dentro das subcategorias, a que tem maior relevância segundo os médicos, com 86,6%, é a que defende que os enfermeiros *Devem Participar* na informação e no CI; depois surgem as subcategorias *Trabalho em Equipa*, com 66,6%, *Médicos*, com 60%, e os enfermeiros *Não Devem Participar*, com 26,6%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o que acabámos de referir:

OS ENFERMEIROS DEVEM PARTICIPAR NA INFORMAÇÃO E NO CI

Muitos dos médicos inquiridos concordam com a participação da enfermagem na informação e no CI mas somente na área que lhe diz respeito, isto é, na área de enfermagem, dos cuidados de enfermagem, fazendo uma separação entre esta e a área médica:

E16 Da parte de enfermagem é as Sras. Enfermeiras que dão.

E16 A enfermeira deve participar na parte que lhe toca,

E16 que é os cuidados de enfermagem ao doente, que está mais habilitada do que o médico a tratar dessa parte.

E17 Só devem participar na informação acerca dos cuidados que prestam ao doente.

Outros acham que os enfermeiros podem ter uma participação mais directa e abrangente:

E20 Em relação à participação dos enfermeiros no Consentimento Informado, lá está! É útil, é necessária.

E20 Portanto eu penso que sim,

E 20 É necessário.

E21 Os Srs. Enfermeiros podem ter um papel importante.

E23 Acho que os enfermeiros agora e cada vez mais, colaboram bastante.

E23Acho que devem participar.

E23 E eles estão atentos a isso.

E23 Acho até que deviam colaborar.

E24 Acho que têm um papel importante,

E24 e também têm um papel importante no apoio continuado aos doentes.

Os médicos referem também que, embora concordem com a participação dos enfermeiros no CI e na informação, normalmente o CI é realizado na ausência da enfermeira:

E20 Agora o Consentimento Informado habitualmente é efectuado na ausência deles.

E20 E a maior parte das vezes é feito a nível da consulta, sem a presença da enfermeira.

E27 Isto nem sempre é possível, porque damos a informação e pedimos o Consentimento Informado e a enfermeira pode não estar presente.

Há médicos que acham que a participação dos enfermeiros não é fácil, devido às trocas de turno:

E20 Olhe isso é um problema, que quanto a mim não é assim tão fácil.

E20 Agora realmente há determinados factores que fazem com que não seja às vezes tão fácil.

E20 Mas a enfermeira para já não é sempre a mesma, rodam imenso, por turnos.

E21 Porque, porque, o enfermeiro que aparece...

E21 Pára-queidista não têm obviamente capacidade para interferir nisto.

Médicos

Os médicos acham que devem ser eles a realizar o CI e a informar os seus doentes, considerando que é uma área totalmente do campo médico em que os enfermeiros não devem interferir:

- E16 Que somente os médicos poderão dizer o que se está a passar.
- E16 Só ele é que poderá informar o doente sobre o que se está a passar e os exames.
- E16 E como se processa.
- E16 Da outra parte tem que ser o médico.
- E16 Cada um com as suas, seus conhecimentos.
- E16 Transmitir ao doente a parte que lhe toca.
- E18 Eu acho que quem tem que fazer o Consentimento Informado é sobretudo os médicos.
- E26 Mas isso nunca se faz sem partir do médico.
- E28 O papel fundamental de explicação e de propostas terapêuticas é feito pelo médico.

Consideram que o CI e a informação estão integrados na relação médico/ doente:

- E26 E que tenha que ser o médico em primeiro lugar a esclarecer o doente e a informação da situação.
- E24 E acho que muitas vezes o médico fala, vai falar com a pessoa.
- E24 Ainda que o médico o possa fazer de uma forma humana.
- E28 Integrada a relação médico/doente.

Porém, fazem uma ressalva, quando não têm tempo a enfermeira pode informar, o que é algo contraditório:

- E18 Mas dado que às vezes não têm tempo, aí os enfermeiros devem colaborar.

TRABALHO EM EQUIPA

Alguns médicos consideram mesmo que o CI e a informação devem ser realizados num trabalho em equipa entre o médico e o enfermeiro:

- E28 Mas podem perfeitamente ser integrados nele.
- E19 Interligação com os médicos.
- E19 Uma ligação privilegiada com os médicos.
- E19 Devem participar conjuntamente com os médicos.
- E20 Não é possível que a gente possa falar ao mesmo tempo, mas às vezes é possível com a enfermeira responsável.
- E20 Qualquer das formas, é para reforçar que o Consentimento Informado devia ser o ideal, [se] na altura do Consentimento Informado a enfermeira estivesse presente.
- E20 Há até numa camaradagem profissional que é até ultrapassada.
- E22 Fazem parte da equipa.
- E23 E até eles, são eles que nos chamam à atenção, já disse ao seu doente o que se passa.
- E27 O enfermeiro na informação e no Consentimento Informado deve estar sempre inserido num trabalho em equipa.
- E27 Todos trabalhamos para o mesmo fim e se complementam.
- E27 Senão é um caos.
- E29 Deve ser o consentimento uma coisa entre o médico e o enfermeiro com o doente.

ENFERMEIROS NÃO DEVEM PARTICIPAR

Há médicos que não concordam com a participação dos enfermeiros na informação e no CI, restringindo-lhes a autonomia:

E17 Não.

E17 Não devem participar no consentimento informado.

E19 Não devem ser as próprias a assumirem a situação e a informar.

E26 Mas nunca deverá partir deles.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria – PARTICIPAÇÃO DOS ENFERMEIROS NA INFORMAÇÃO E NO CI, muitos dos médicos inquiridos concordam com a participação da enfermagem na informação e no CI mas somente na área que lhe diz respeito, isto é, na área de enfermagem, dos cuidados de enfermagem, fazendo uma separação entre a área médica e a área de enfermagem.

Outros acham que os enfermeiros podem ter uma participação mais directa e abrangente.

Os médicos referem também que, embora concordem com a participação dos enfermeiros no CI e na informação, normalmente o CI é realizado na ausência da enfermeira.

Há médicos que acham que a participação dos enfermeiros não é fácil, devido às trocas de turno. Os médicos acham que devem ser eles a realizar o CI e a informar os seus doentes, considerando que é uma área totalmente do campo médico em que os enfermeiros não devem interferir.

Consideram que o CI e a informação estão integrados na relação médico/ doente.

Porém, fazem uma ressalva, quando não têm tempo a enfermeira pode informar, o que é algo contraditório.

Alguns médicos consideram mesmo que o CI e a informação devem ser realizados num trabalho em equipa entre o médico e o enfermeiro.

Há médicos que não concordam com a participação dos enfermeiros na informação e no CI, restringindo-lhes a autonomia.

CATEGORIA SIGNIFICADO

Na categoria *Significado*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 4 subcategorias, num total de 15 sujeitos, registando uma frequência de 87 unidades de registo.

1ª subcategoria – *Informação* – 50 unidades de registo, referida por 15 entrevistados (a totalidade do inquiridos).

2ª subcategoria – *Decisão do Doente* – 19 unidades de registo, referida por 12 sujeitos.

3ª subcategoria – *Relação Médico/ Doente* – 11 unidades de registo, citada por 4 entrevistados.

4ª subcategoria – *Declaração* – 6 unidades de registo, com referência por 3 sujeitos.

Quadro 70

Distribuição das Subcategorias e Unidades de Registo
da Categoria SIGNIFICADO,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Informação	15	100	50
Decisão do doente	12	80	19
Relação médico/doente	4	26,6	11
Declaração	3	20	6
Total	15	100	87

Fazendo a análise do quadro, verifica-se que, dentro das subcategorias, a que tem maior relevo (com 100%) é a subcategoria *Informação*, seguida de *Decisão do Doente*, com 80%, *Relação Médico/ Doente*, com 26,6% e *Declaração do CI*, com 20%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

INFORMAÇÃO

O médico tem como seu principal objectivo no CI informar e esclarecer o doente sobre a sua situação de doença e o acto médico que irá realizar, explicando os seus riscos, complicações e benefícios para o doente:

E 16 É no fundo o doente estar informado do que lhe irá acontecer.

E 16 Mas tem que estar informado sobre o que é o tratamento.

E17 E dentro dessa área, é procurar ter a certeza de que se dá conhecimento ao doente de tudo o que é necessário.

E18 É informar as pessoas.

E19 Desde que a pessoa seja esclarecida.

E19 Para a realização de qualquer acto médico.

E23 Portanto, acho que é o doente estar dentro das possibilidades da operação.

E23 Estar a par do que tem.

E23 Do que vai fazer.

E23 Das consequências do acto cirúrgico.

E26 Depois de devidamente informados das vantagens, desvantagens e das complicações.

E29 É fundamental para um doente que vai ser operado, deve ser informado dos seus riscos.

DECISÃO DO DOENTE

O doente, segundo o médico, toma a decisão de aceitar ou não o tratamento que lhe é proposto, também respeitando a decisão que o médico toma. O doente toma a sua livre decisão de autorizar o acto médico ou não:

E28 Se não está de acordo, procure outra opinião.

E28 E lhe proponho "é isto e a senhor agora ou está de acordo ou não está de acordo".

E28 Se está de acordo, dá-me o seu consentimento informado.

E17 Para que ele possa tomar uma decisão devidamente fundamentada.

E17 Segundo os seus próprios critérios.

E28 Para mim é a opção do doente em ser tratado.

E18 Se estão de acordo ou não em dar uma determinada autorização para o seu tratamento.

E25 O Consentimento Informado é o consentimento que o doente dá para qualquer acto médico.

E19 É a utilização de uma autorização expressa de exames, para qualquer acto médico.

E20 O Consentimento Informado é uma autorização expressa do doente, de como eu poderia realizar determinado acto médico.

RELAÇÃO MÉDICO/DOENTE

O médico nesta relação também respeita o nível socioeconómico e cultural do doente, tanto através da explicação que é dada, como à forma e conteúdo desta:

E23 Explicar dentro da capacidade que ele, o doente, tenha de compreender.

E17 Tem que se ter em linha de conta o grau de cultura da pessoa, do doente que recebe a informação.

E17 Sociais, económicos e religiosos.

E22 Se tem que organizar a sua vida.

É necessário na relação médico/doente haver uma boa comunicação entre ambos, em que o médico adapta a sua linguagem e a personaliza ao seu doente:

E17 Para que, com esses dados todos bem explicados e compreendidos.

E17 Possa dar uma resposta em que você tenha a certeza que possa ser uma resposta que saiba as condições.

E22 A informação deve ser personalizada.

E22 Devemos escolher um conjunto de termos atenuados.

E22 Deve-se suavizar por exemplo: adenocarcinoma do colo, utiliza-se a expressão "tem uma ferida".

DECLARAÇÃO

Alguns médicos consideram a declaração do CI complicada e de difícil aplicação:

E17 Depois é uma coisa relativamente simples, aparentemente.

E17 Mas mais complexa a prática.

E17 Aspectos até mais complexos.

E24 Então o Consentimento Informado é, é....

E24 Um bocadinho difícil de explicar.

Certos médicos estrangeiros afirmam mesmo que é mais fácil de realizar no estrangeiro do que em Portugal:

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria – *Significado* –, os entrevistados referem que o médico tem como seu principal objectivo no CI informar e esclarecer o doente sobre a sua situação de doença e o acto médico que irá realizar, explicando os seus riscos, complicações e benefícios para o doente.

O doente, segundo o médico, toma a decisão de aceitar ou não o tratamento que lhe é proposto, também respeitando a decisão que o médico toma, baseado no princípio da beneficência.

O doente adopta a sua livre decisão de autorizar o acto médico ou não.

O médico nesta relação, também atenta no nível socioeconómico e cultural do doente, quer através da explicação que é dada, quer em relação à forma e conteúdo desta.

É necessário na relação médico/ doente haver uma boa comunicação entre ambos, em que o médico adapta a sua linguagem e a personaliza ao seu doente.

Alguns médicos consideram a declaração do CI complicada e de difícil aplicação.

CATEGORIA OBRIGATORIEDADE

Na categoria *Obrigatoriedade* do Consentimento Informado, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 7 subcategorias, num total de 15 entrevistados, registando uma frequência de 76 unidades de registo.

A primeira subcategoria – *Obrigatório*, obteve 18 unidades de registo, sendo referida por 12 sujeitos.

A segunda subcategoria – *Declaração*, colheu 10 unidades de registo, citada por 16 entrevistados.

A terceira subcategoria – *Relação Médico/ Doente*, obteve 12 unidades de registo, sendo referida por 6 entrevistados.

A quarta subcategoria – *Informação*, adquiriu 11 unidades de registo, tendo sido utilizada por 6 sujeitos.

A quinta subcategoria – *Dúvidas*, recebeu 8 unidades de registo, com referência por 4 entrevistados.

A sexta subcategoria – *Decisão do Doente*, auferiu 7 unidades de registo, referida por 4 entrevistados.

A sétima subcategoria – *Não Obrigatório*, alcançou 4 unidades de registo, utilizada por 4 sujeitos.

Quadro 71

Distribuição das Subcategorias da Categoria
OBRIGATORIEDADE do consentimento informado,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Obrigatório	12	80	18
Declaração	10	66,6	16
Relação médico/doente	6	40	12
Informação	6	40	11
Dúvidas	4	26,6	8
Decisão do doente	4	26,6	7
Não obrigatório	4	26,6	4
Total	15	100	76

Fazendo uma análise global do quadro, 80% dos entrevistados consideram *Obrigatória* a declaração do CI, seguida das subcategorias *Declaração*, com 66,6%, *Relação Médico/ Doente* e *Informação* com 40%; por último, surgem as subcategorias *Dúvidas*, *Decisão do Doente*, e *Não Obrigatório*, as três com 26,6%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

OBRIGATÓRIO

A maioria dos médicos considera que o CI deveria ser obrigatório:

E25 Sim.

E25 Deve ser um procedimento obrigatório.

DECLARAÇÃO

Os médicos consideram a declaração do CI como um documento que protege o médico e o doente:

E25 Para proteger o doente.

E20 O Consentimento Informado tem que ser regulamentado.

E20 Tem que estar bem exposto, isso e às vezes não está.

E20 Essas situações das urgências e doentes com alterações momentâneas ou mesmo insuficiência, a lei contempla muito bem.

Os médicos referem que há situações em que não é possível obter o CI, e que são casos de urgência, dos doentes diminuídos, em que têm que pedir a autorização à família:

E20 Por exemplo, não é possível ter Consentimento Informado numa situação de extrema urgência.

E20 Além da extrema urgência, há outras situações.

E20 O doente está perturbado ou diminuído.

E21 Excepto em, como é óbvio, em situações limites.

E20 O Consentimento Informado pode passar nessa altura para os familiares e não para o doente.

Relação médico/ doente

Na relação médico/ doente, os médicos revelam as dificuldades que têm ao transmitir diagnósticos graves e os receios que têm das reacções negativas dos doentes:

E28 Mas há situações onde tenho medo que eles saiam daqui e se suicidem.

E28 E façam alguma asneira.

E24 Que fico um bocadinho na dúvida, porque acho que os doentes de mais idade, pessoas mais idosas, com doenças graves, se não tiverem a noção do que se passa com elas, são capazes de reagir um bocadinho melhor ao tratamento e à própria evolução da doença.

E24 Nomeadamente com as pessoas com neoplasias.

Esta relação, para muitos médicos, é baseada na verdade e com informações correctas. Porém, muitos médicos referem que tem de haver limites nessa informação dada ao doente:

E28 Na maior parte dos casos digo exactamente a situação ao doente.

E28 Há situações com determinados doentes em que temos que ter muito cuidado com aquilo que lhes dizemos.

E28 Eu lido quase a 100% com doentes oncológicos e por vezes tenho a noção de que não se pode dizer tudo àquele doente.

E17 Acho que deve ser uma preocupação na relação médico/doente.

Nesta relação médico/ doente ainda há manifestações de paternalismo por parte dos médicos:

E25 Fazer sem se falar com o doente.

E22 Não deve ser, só quando os doentes perguntam.

INFORMAÇÃO

Consideram obrigatório esclarecer e informar os doentes durante o seu processo de tratamento:

E30 E é obrigatório informar os doentes.

E16 Tem que saber o que é essa cirurgia.

E18 Porque é obrigatório informar os doentes sobre o seu tratamento.

E26 Porque o doente assume que está informado das consequências do acto a que vai ser submetido.

DÚVIDAS

Outros médicos apontam dúvidas sobre a obrigatoriedade do CI, mostrando-se confusos quando inquiridos:

E22 Não sei muito bem se é ou não obrigatório.

DECISÃO DO DOENTE

Na opinião dos médicos, o doente deve intervir no processo de decisão e autorizar ou não o tratamento, depois de devidamente esclarecido:

E25 A autorização do doente.

E16 Se aceitam a cirurgia.

E21 Porque a decisão de tratar e especificamente neste caso cirúrgico é do doente.

E21 Tem que partir sempre da vontade do doente.

E29 E se quer ou não quer assumir esses riscos, essa responsabilidade.

NÃO OBRIGATÓRIO

Outros médicos consideram que o CI não deveria ser obrigatório:

E23 Não é obrigatório.

E19 Não.

Em **síntese**, e em relação aos dados nesta categoria – *Obrigatoriedade* do Consentimento Informado, os médicos referem que há situações em que não é possível obter o CI, e que são casos de urgência, dos doentes diminuídos, em que têm que pedir a autorização à família.

Na relação médico/ doente, os médicos revelam as dificuldades que têm ao transmitir diagnósticos graves e os receios que têm das reacções negativas dos doentes.

Esta relação, para muitos médicos, é baseada na verdade e com informações correctas. Porém, outros médicos referem que tem de haver limites nessa informação dada ao doente.

Nesta relação médico/ doente ainda há manifestações de paternalismo por parte dos médicos.

Consideram obrigatório esclarecer e informar os doentes durante o seu processo de tratamento.

Outros referem dúvidas sobre a obrigatoriedade do CI, mostrando-se confusos quando inquiridos.

Na opinião dos médicos, o doente deve intervir no processo de decisão e autorizar ou não o tratamento, depois de devidamente esclarecido.

Há ainda alguns médicos que consideram que o CI não deveria ser obrigatório.

CATEGORIA QUEM DEVE APLICAR O CI

Na categoria *Quem Deve Aplicar o CI*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 5 subcategorias, num total de 15 entrevistados, registrando uma frequência de 74 unidades de registo.

A primeira subcategoria – *Médico* – obteve 43 unidades de registo, sendo referida por 12 entrevistados.

A segunda subcategoria – *Trabalho em Equipa* – obteve 17 unidades de registo, sendo referida por 5 sujeitos.

A terceira subcategoria – *Informação* – auferiu 7 unidades de registo, com referência por 3 entrevistados.

A quarta subcategoria – *Administrativos* – somou 5 unidades de registo, sendo citada por 2 sujeitos.

A quinta subcategoria – *Enfermeiros* – colheu 2 unidades de registo, utilizada por 1 entrevistado.

Quadro 72

Distribuição das subcategorias da categoria
QUEM DEVE APLICAR O CI,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Médico	12	80	43
Trabalho em equipa	5	33,3	17
Informação	3	20	7
Administrativos	2	13,3	5
Enfermeiro	1	6,6	2
Total	15	100	74

Fazendo uma análise do quadro, 80% dos entrevistados consideram que quem deve pedir o CI são os médicos, seguindo-se as subcategorias *Trabalho em Equipa* com 33,3%, *Informação*, com 20%, *Administrativos*, com 13,3%, e *Enfermeiros*, com 6,6%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

MÉDICOS

Os médicos referem que quem deve pedir o CI são os próprios médicos responsáveis pelo tratamento ao doente:

E17 Deve ser o médico responsável pelo tratamento.

E16 É o médico que o vai tratar e que lhe propôs a cirurgia, é que pode responder melhor ao doente.

Defendem mesmo, numa atitude de paternalismo, a exclusividade do CI e da informação:

E17 É fundamental em termos de figura.

E16 Ele é que sabe.

E22 Não é obrigatório, mas tem que saber.

Tem de haver uma boa relação entre o médico e o doente, sendo os médicos apologistas de uma conversa e de uma boa comunicação:

E23 Às vezes nós explicamos, um bocadinho a correr, o doente fica com dúvidas e depois tem vergonha de perguntar, ou assim.

E23 Até onde o doente tem conhecimento, o doente pode não ter conhecimento total do que tem.

E28 A conversa inicial é feita entre mim e o doente.

E28 Os médicos falam com os doentes, tratam das coisas.

TRABALHO EM EQUIPA

Esta equipa deve ser composta por vários especialistas e também por enfermeiros que devem informar e obter o CI do doente:

E17 Às vezes o Consentimento Informado tem que ser dado por um grupo de pessoas.

E17 Porque o acto médico hoje em dia não é um acto isolado.

E17 É um acto médico de equipa.

E17 É a equipa que deve dar informações.

E17 No sentido de uma forma conjunta.

E17 Com várias pessoas envolvidas.

E30 Os médicos e os enfermeiros.

E23 Olhe, acho que aí deve ser para os dois lados.

E25 Mas também concordo que a equipa de enfermagem deve estar consciente do que se vai fazer, dos riscos e dos benefícios, e esclarecer o doente se tiver algumas dúvidas.

E23 E depois a enfermagem está muito mais tempo efectivo com o doente.

E29 Ou os enfermeiros.

INFORMAÇÃO

A informação é um aspecto de primordial importância no esclarecimento ao doente:

E16 O Sr. vai fazer isto, isto e isto.

E16 E vai fazer estes exames, estes e estes.

E23 Mas acho que se deve ter conhecimento do exame.

E25 Para explicar.

E25 E esclarecer o doente.

ADMINISTRATIVOS

Alguns médicos defendem a ideia de que todo o processo burocrático deve ser realizado pelos administrativos, tal como levar a declaração do CI ao doente para assinar:

E28 E depois a parte burocrática pode ser feita por qualquer administrativo.

E28 Não tenho repulsa nenhuma nesse aspecto.

E28 Não tenho qualquer problema quanto a isso.

E25 Aplicar o formulário.

ENFERMEIROS

Os enfermeiros não devem participar no processo de CI:

E20 Não o enfermeiro.

E20 Nem o enfermeiro.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria – *Quem Deve Aplicar o CI* –, os médicos referem que quem deve pedir o CI são os próprios médicos responsáveis pelo tratamento ao doente.

Defendem mesmo, numa atitude de paternalismo, a exclusividade do CI e da informação.

Tem que haver uma boa relação entre o médico e o doente, onde os médicos são apologistas de uma conversa e de uma boa comunicação.

A equipa deve ser composta por vários especialistas e também por enfermeiros que devem informar e obter o CI do doente.

A informação é um aspecto de primordial importância no esclarecimento ao doente.

Alguns médicos defendem a ideia de que todo o processo burocrático deve ser realizado pelos administrativos, tal como levar a declaração do CI ao doente para assinar.

Os enfermeiros não devem participar no processo de CI.

2.2 - Unidade Temática: O CONSENTIMENTO INFORMADO NA PERSPECTIVA DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA PÚBLICA

Quadro 73

Distribuição das Categorias e Subcategorias da Unidade Temática
O CONSENTIMENTO INFORMADO NA PERSPECTIVA DE ENFERMAGEM
NA ASSISTÊNCIA PÚBLICA,
por Número de Sujeitos e Frequência

Categoria	Subcategoria	N.º Sujeitos	%	Frequência
Tipo de participação do Enf. No C.I. e na informação	Área de enfermagem	15	100	42
	Área médica	13	86,6	54
	Trabalho de equipa	10	66,6	39
	Declaração	3	20	5
	Participação do doente	2	13,3	6
O C.I. contribui para a humanização	Humanização	15	100	42
	Participação do enfermeiro	9	60	71
	Declaração	8	53,3	41
	Informação	8	53,3	28
	Relação médico/doente	6	40	15
	Participação do doente	2	13,3	3
	Trabalho em equipa	1	6,6	4
	Hospital	1	6,6	2
Significado	Informação	13	86,6	41

	Declaração	9	60	17
	Participação do doente	6	40	12
	Relação médico/doente	1	6,6	2
Quem deve obter o CI	Médico	15	100	48
	Enfermeira	7	46,6	14
	Declaração	4	26,6	4
	Participação do doente	2	13,3	2

Na unidade temática *O Consentimento Informado na Perspectiva de Enfermagem na Assistência Pública* foram formuladas aos entrevistados as seguintes perguntas:

- *O que é para si o Consentimento Informado?*
- *Quem deve proceder à aplicação do Consentimento Informado?*
- *Na sua opinião, qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do Consentimento Informado aos doentes?*
- *Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes têm um diagnóstico grave?*
- *Acha que o Consentimento Informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.*

Após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 4 categorias, cada uma referida por 15 entrevistados, tendo a primeira categoria – *Tipo de Participação do Enfermeiro no CI e na Informação* – 328 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados.

A segunda categoria – *O CI Contribui para a Humanização* – obteve 206 unidades de registo, sendo referida por 15 sujeitos.

A terceira categoria – *Significado*, alcançou 72 unidades de registo, sendo citada por 15 entrevistados.

A quarta categoria – *Quem Deve Aplicar o CI*, auferiu 68 unidades de registo, utilizada por 15 sujeitos.

Em síntese, os entrevistados dão grande ênfase à participação do enfermeiro no CI e na informação, considerando que existe uma relação entre o Consentimento Informado e a humanização dos cuidados, e dão grande relevo ao significado do CI. Contudo para a maioria, quem deve aplicar o CI é o médico.

CATEGORIA TIPO DE PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CI E NA INFORMAÇÃO

Na categoria *Tipo de Participação do Enfermeiro no CI e na Informação*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 5 subcategorias, num total de 15 sujeitos, registando 328 unidades de registo.

1ª subcategoria – *Área de Enfermagem*, obteve 42 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados (a totalidade dos inquiridos).

2ª subcategoria – *Área Médica*, 54 unidades de registo, referida por 13 sujeitos.

3ª subcategoria – *Trabalho em Equipa*, 39 unidades de registo, citada por 10 entrevistados.

4ª subcategoria – *Declaração*, 5 unidades de registo, utilizada por 3 sujeitos.

5ª subcategoria – *Participação do Doente*, 6 unidades de registo, sendo referida por 2 entrevistados.

Quadro 74

Distribuição das Subcategorias da Categoria

TIPO DE PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CI E NA INFORMAÇÃO,
por Número de Sujeitos e Frequência

Categoria	Subcategoria	N.º Sujeitos	%	Frequência
Tipo de participação do enf. no CI e na informação	Área de enfermagem	15	100	42
	Área médica	13	86,6	54
	Trabalho de equipa	10	66,6	39
	Declaração	3	20	5
	Participação do doente	2	13,3	6
Total		15	100	328

Fazendo uma análise do quadro, verifica-se que, dentro das subcategorias, a que tem maior relevo, com 100%, é a subcategoria *Área de Enfermagem*, seguida por ordem decrescente de *Área Médica*, com 86,6%, *Trabalho em Equipa* com 66,6%, *Declaração*, com 20%, e *Participação do Doente*, com 13,3%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

ÁREA DE ENFERMAGEM

Os enfermeiros dividem o atendimento em duas áreas: a médica e a da enfermagem, onde é mencionado o seu trabalho na sua área específica:

E46 Deve ser ao nível de enfermagem.

E46 Só e exclusivamente.

E46 Eu posso dar informação ao doente sobre o meu trabalho.

E46 Fazer uma explicação ao doente ao nível dos cuidados de enfermagem.

E46 Tenho é que lhe explicar os cuidados pré e intra-operatórios.

E46 Sempre ao nível da enfermagem.

E57 Mas na altura, quando estamos a administrar a terapêutica ou a prestar os nossos cuidados, devemos mantê-los ao corrente do que estamos a fazer.

E57 Devemos sempre informá-los do que vamos, estamos a fazer.

Muitos enfermeiros acham que são duas áreas à parte e que não se devem imiscuir:

E53 No que nos diz respeito, há a parte médica e há a parte de enfermagem e portanto temos que saber cada um no seu lugar.

O papel principal do enfermeiro no CI é de apoiar o doente e família:

E55 Acho que o nosso papel no consentimento informado é apoiar o doente.

E46 É assim, eu dou-lhes as informações pertinentes acerca do meu trabalho.

E46 Na ordem de enfermagem.

E46 Se eu tenho que apanhar uma veia periférica ou fazer um clister de limpeza.

E46 O clister de limpeza é isto, isto e isto e para isto e depois vai acontecer isto.

E46 Isto é uma técnica de enfermagem.

Há limitações na autonomia de enfermagem, quanto à informação que poderá ser dada ao doente. Esta depende sempre da informação que o médico deu ou vai dar ou quer dar, assim a actuação do enfermeiro:

E60 E ao acalmar, explicamos um pouco não fugindo muito à informação que compete aos médicos dizer.

Os enfermeiros chegam a ter dúvidas sobre a actuação do enfermeiro no CI, não sabendo o seu papel e o que podem fazer:

E53 O nosso grau de participação no Consentimento Informado, eu tenho algumas dúvidas.

E53 Para mim, o Consentimento Informado é muito confuso, não percebo.

Alguns enfermeiros consideram que não é necessária a presença do enfermeiro na assinatura, no acto formal do CI:

E51 Em relação ao consentimento, não acho grande utilidade que o enfermeiro esteja presente para assinar um papel.

E51 Aí parece-me, não acho necessário a presença do enfermeiro.

E53 No nosso serviço, o Consentimento Informado é do acto cirúrgico, é ele que assina o papel.

O papel do enfermeiro para muitos é na comunicação com o doente, onde este, após o médico informar o doente, serve de "tradutor " ao que o médico disse mas o doente não teve coragem para lhe pedir esclarecimentos. E também devido à proximidade que os enfermeiros têm com os doentes, pois são eles que estão as 24 horas com o doente:

E47 E depois esclarecer o doente.

E47 Porque a maior parte dos doentes não percebe o que o médico disse.

E47 Há os termos técnicos e depois têm dúvidas.

E47 E nós esclarecemos os termos técnicos, é verdade.

E51 Porque muitas vezes os doentes nos vêm questionar depois de o médico ter saído.

E54 Porque somos nós que estamos as 24 horas com eles, mais perto do doente do que o médico.

A relação enfermeiro/ doente passa pela comunicação e pelo apoio dado ao doente de forma a ajudá-lo a exprimir as suas angústias e medos e a ultrapassar a dor, não se sentindo sozinho:

E50 Acho que este apoio é fundamental.

E51 O tipo de informação, é uma informação mais no sentido de ouvirmos o doente.

E51 De forma a que eles exponham os seus medos, as suas angústias.

E51 Porque muitas vezes o doente... hum... o doente não pergunta.

Muitos enfermeiros afirmam de forma peremptória que não esclarecem nem informam os doentes quando estão perante um diagnóstico grave, defendendo a ideia de que não é da responsabilidade deles:

E47 Eu? Eu? Não digo nada!

E47 Eles às vezes não sabem o que têm e acho que não sou eu que tenho que dizer, não é?

E47 Não digo!

E48 A informação, informação, depende.

E48 Não lhe dou a informação directa.

E48 Dou a informação, mas não dou concretamente.

Outros têm uma atitude defensiva, tentam saber o que o doente sabe, o que o médico disse, para depois, na maioria dos casos, também não esclarecerem nada:

E50 Depois temos que saber o que o doente sabe, o que não sabe, quais as dúvidas dele.

E55 Nós depois confirmamos com o doente o que o médico disse.

E55 O doente pergunta: "Sr. Enfermeiro, o que é que eu tenho?"

E nós respondemos "o que é que o médico já lhe disse?"

E55 E com base naquilo que o médico disse, porque depois eles vão começar a dizer.

Nós vamos confirmando.

Passam a informação para o médico e em muitos casos “empurram” as situações para os médicos:

E48 Essa parte recambio para a parte médica.

E48 Quem dá a informação clínica mesmo do doente é o médico.

E48 Irá sempre para o médico.

E48 Depois alguma coisa, nós sabemos mais ou menos a gravidade, essa parte recambio para a parte médica.

E48 A informação concreta em si, será sempre para o médico.

A informação e o esclarecer de dúvidas a um doente com diagnóstico grave são complicados para o doente que têm a doença e também para o profissional que o acompanha:

E52 É muito complicado para nós.

E52 Porque não é fácil.

E52 Não é fácil.

Juntando à dificuldade de lidar e actuar com doentes com diagnóstico grave, há imensas dúvidas quanto à actuação dos enfermeiros na informação e não CI:

E54 Eu? Que tipo de informação?

E60 Mas acho que se calhar tem que ser assim, não é?

E60 Qual é a informação que lhe dou?

E52 Eles realmente questionam-nos muito em relação ao diagnóstico e nós... nós muitas vezes não sabemos o que havemos de dizer ao doente.

Os enfermeiros manifestam muitas vezes as dificuldades com que se deparam quando os médicos não informam os doentes do que têm, sobretudo num diagnóstico grave:

E52 Há tempos, ainda o outro dia, estive com um doente com neoplasia que não sabia, não sabia ao que vinha, o que lhe vai ser feito, o que lhes vai acontecer a seguir.

Acham que, mesmo quando os doentes não são informados, estes têm um sexto sentido que os “informa” da realidade:

E53 As pessoas com neoplasias sabem, mais cedo ou mais tarde sabem.

E53 Mesmo que não lhes tenha sido dito, sabem!

E53 Isto da minha experiência diz que sim, muitas vezes a família não permitiu que o doente soubesse.

E53 Mas eles sabem.

E53 Muitas das vezes ele já sabe antes de ter sido dito.

E53 Há aqui um sexto sentido e as pessoas apercebem-se.

ÁREA MÉDICA

A totalidade dos enfermeiros considera que quem deve pedir o CI e informar o doente é o médico, porque ser ele o responsável pelo tratamento ou acto cirúrgico a realizar:

E46 Ele é cirurgião e vai fazer uma cirurgia e vai explicar ao doente o que vai fazer no bloco operatório, antes da cirurgia e posterior à cirurgia.

E46 Eu não vou explicar ao Sr. que lhe vou tirar a vesícula, isso não é função minha.

E52 Acho que deve ser sempre o médico a dar o papel e a explicar, a assinar...

E52 O doente é, afinal é ele que vai operar, que sabe o que vai fazer.

E55 Em termos de informação clínica deverá primeiro ser o médico que deverá transmitir essa informação, prognóstico, diagnóstico,

E55 deverá ser o médico que informa o doente.

Alguns enfermeiros manifestam que na relação médico/ doente há uma certa distanciação para com o doente:

E51 Porque ainda há aquela distanciação entre o doente e o *Sr. Doutor*.

TRABALHO EM EQUIPA

Há enfermeiros que defendem a ideia de trabalho em equipa com os médicos, os enfermeiros, a família e o doente de forma a melhor informar, aplicar o CI e cuidar do doente, todos com o mesmo objectivo:

E47 Nós devemos estar junto do médico para saber do que é que ele informou o doente

E47 Por isso é que eu digo, nós devemos estar presentes quando os médicos falam, falam com o doente, também para saber o que lhe foi dito.

E49 Se a informação for conjugada com...

E49 Ou se pode, idealmente se for conjugada com o médico, poderiam as coisas, se calhar seria melhor.

E49 Juntar o médico e o enfermeiro seria o ideal.

E49 Juntar o doente e algum familiar, ou familiares, depende de cada doente, de cada situação.

E53 Até devemos trabalhar em equipa até porque, por ele mesmo.

E53 Ao trabalho em equipa toda a informação deveria ser uma só.

E53 E portanto, hum... nós deveríamos participar totalmente.

E53 A nossa participação é total, nós devemos participar totalmente e trabalhar em equipa, senão cada um de nós dá a sua informação.

O enfermeiro muitas vezes serve de ligação entre o médico e o doente:

E48 Às vezes há a necessidade de fazer a ligação entre o médico e o doente.

E58 Servir de suporte.

E58 É ajudar a esclarecer e a estimular a comunicação.

Algumas vezes, os doentes confrontam a equipa de saúde para saber se o estão a informar bem e a dizer toda a verdade:

E55 Muitas vezes os doentes dizem que não sabem, mas sabem, o que acontece várias vezes.

E52 Até que grau é que eles sabem da situação deles ou não.

DECLARAÇÃO

Consideram que o CI deve ser um documento escrito que depois de informado, o doente deve assinar:

E53 De facto, o Consentimento Informado se reafirmou ao acto cirúrgico, é ao acto cirúrgico, é aí que existe um o papel onde se escreve.

E53 Tudo o resto é via oral.

E53 Uma coisa é informar, não é um acto escrito.

Os enfermeiros referem que o CI não é realizado nos serviços onde trabalham, chegando mesmo a afirmar que, no seu verdadeiro sentido, não existe:

E47 Mas no nosso serviço, nós não temos o Consentimento Informado, não temos!

E58 O Consentimento Informado, no seu verdadeiro sentido, não existe.

PARTICIPAÇÃO DO DOENTE

Neste tema é referido o direito da não participação do doente e a da recusa ao tratamento proposto, onde o profissional de saúde tem que aceitar e compreender, esta é a visão dos enfermeiros:

E53 Não é se um doente vai fazer determinada coisa, se um doente se recusa, tem todo o direito, eu sou obrigada a aceitar.

E53 Nas devidas precauções que devo tomar.

E53 Não podemos escrever "o doente recusou isto".

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria – *Tipo de Participação do Enfermeiro no CI e na Informação* –, muitos enfermeiros acham que a medicina e a enfermagem são duas áreas à parte e que não devem interferir.

O papel principal do enfermeiro no CI é o de apoiar o doente e família.

Há limitações na autonomia de enfermagem, quanto à informação que poderá ser dada ao doente. Esta depende sempre da informação que o médico deu ou vai dar ou quer dar, assim a actuação do enfermeiro na informação.

Os enfermeiros chegam a ter dúvidas sobre a actuação do enfermeiro no CI, não sabendo o seu papel e o que podem fazer.

Alguns enfermeiros consideram que não é necessária a presença do enfermeiro na assinatura, no acto formal do CI.

O papel do enfermeiro para muitos, está na comunicação com o doente, em que após o médico informar o doente, serve de "tradutor " ao que o médico disse mas o doente não teve coragem para pedir esclarecimentos. E também devido à proximidade que os enfermeiros têm com os doentes, pois são eles que estão as 24 horas com o doente.

A relação enfermeiro/ doente passa pela comunicação e pelo apoio dado ao doente de forma a ajudá-lo a exprimir as suas angústias e medos e ajudá-lo a ultrapassar a dor, não se sentindo sozinho.

Muitos enfermeiros afirmam de forma categórica que não esclarecem nem informam os doentes quando estão perante um diagnóstico grave, defendendo a ideia de que tal não é da responsabilidade deles.

Outros têm uma atitude defensiva, tentam saber o que o doente sabe, o que o médico disse, para depois, na maioria dos casos, também não esclarecerem nada.

Passam a informação para o médico e em muitos casos “empurram” as situações para os médicos.

A informação e o esclarecer de dúvidas a um doente com diagnóstico grave são complicados para o doente que têm a doença e também para o profissional que o acompanha.

Juntando à dificuldade de lidar e actuar com doentes com diagnóstico grave, há imensas dúvidas quanto à actuação dos enfermeiros na informação e no CI.

Os enfermeiros manifestam muitas vezes as dificuldades com que se deparam quando os médicos não informam os doentes do que têm, sobretudo num diagnóstico grave.

A totalidade dos enfermeiros considera que quem deve pedir o CI e informar o doente é o médico, porque é ele que é responsável pelo tratamento ou acto cirúrgico que vai realizar, achando que mesmo quando os doentes não são informados, estes têm um sexto sentido que os “informa” da realidade.

Há enfermeiros que defendem a ideia de trabalho em equipa com os médicos, os enfermeiros, a família e o doente de forma a melhor informar, aplicar o CI e cuidar do doente, todos com o mesmo objectivo.

O enfermeiro muitas vezes serve de ligação entre o médico e o doente.

Algumas vezes os doentes confrontam a equipa de saúde para saber se o estão a informar bem e a dizer toda a verdade.

Alguns enfermeiros consideram que o CI deve ser um documento escrito que depois de informado, o doente deve assinar.

Os enfermeiros referem que o CI não é realizado nos serviços onde trabalham, chegando mesmo a afirmar que, no seu verdadeiro sentido, não existe.

Aqui é referido o direito da não participação do doente e a da recusa ao tratamento proposto; o profissional de saúde tem que aceitar e compreender, esta é a visão dos enfermeiros.

CATEGORIA CI CONTRIBUI PARA A HUMANIZAÇÃO

Na categoria *CI Contribui para a Humanização*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 8 subcategorias, num total de 11 entrevistados, registando uma frequência de 18 unidades de registo.

A primeira subcategoria – *Humanização* – obteve 42 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados (a totalidade dos inquiridos).

A segunda subcategoria – *Participação do Enfermeiro* – colheu 71 unidades de registo, sendo referida por 9 sujeitos.

A terceira subcategoria – *Declaração* – adquiriu 41 unidades de registo, sendo citada por 8 entrevistados.

A quarta subcategoria – *Informação* – recebeu 28 unidades de registo, utilizada por 8 entrevistados.

A quinta subcategoria – *Relação Médico/ Doente* – auferiu 15 unidades de registo, com referência de 6 sujeitos.

A sexta subcategoria – *Participação do Doente* – alcançou 3 unidades de registo, tendo sido referida por 2 entrevistados.

A sétima subcategoria – *Trabalho em Equipa* – obteve 4 unidades de registo, referida por 1 sujeito.

A oitava subcategoria – *Hospital* – somou 2 unidades de registo, referida por 1 entrevistado.

Quadro 73
Distribuição das Subcategorias da Categoria
CI CONTRIBUI PARA A HUMANIZAÇÃO,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	Nº sujeitos	%	Frequência
Humanização	15	100	42
Participação do enfermeiro	9	60	71
Declaração	8	53,3	41
Informação	8	53,3	28
Relação médico/doente	6	40	15
Participação do doente	2	13,3	3
Trabalho em equipa	1	6,6	4
Hospital	1	6,6	2
Total	15	100	206

Fazendo uma análise do quadro, e num sentido decrescente, verifica-se que dentro das subcategorias, a que tem total relevo é *Humanização*, com 100%, seguida de *Participação do Enfermeiro*, com 60%, com 53,3% surgem as subcategorias *Declaração* e *Informação*; segue-se com 40%, *Relação Médico/ Doente*, com 13,3% surge a subcategoria *Participação do Doente*; e por último, as subcategorias *Trabalho em Equipa* e *Hospital*, ambas com 6,6%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

HUMANIZAÇÃO

A totalidade dos enfermeiros considera que o CI contribui para a humanização dos cuidados prestados ao doente:

E50 Sim.

E50 Sem dúvida.

E52 Eu acho que o Consentimento Informado, o Consentimento Informado é isso, é importante nesse sentido.

Porém, alguns verbalizam que existem obstáculos, que têm a ver com o tipo de doentes tais como os idosos e a sua compreensão do que está a ocorrer:

E49 Embora seja um bocadinho discutível, também!

E49 Às vezes é complicado!

E49 E nem sempre e também com uma faixa etária um pouco elevada e nem sempre é fácil envolver o doente e família, não é?

E54 Os doentes estão muito relutantes às vezes a certos exames, vêm lá de fora com ideias muito confusas.

E54 Eles vêm com ideias lá de fora, é ajudar a esclarecer.

Consideram que faz parte da humanização dos cuidados de enfermagem:

E49 Do doente colaborar.

E51 Eu, eu... hum... penso que faz parte da humanização dos cuidados.

Defendem a ideia de que só há humanização se o doente for informado, de outra forma não é possível:

E50 O doente está informado do que está a acontecer e só por aí podemos falar em humanização.

E50 Só assim podemos humanizar os cuidados.

E57 Ao informarmos as pessoas e ao pedirmos o seu consentimento informado, estamos a humanizar.

E57 Estamos a torná-los parte integrante daquele seu tratamento. E isto contribui para a humanização.

E59 O consentimento informado é bom para o doente saber o que se passa com ele.

E59 E saber que vai fazer os exames, isto contribui para a humanização.

PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO

Alguns enfermeiros assumem que não informam os doentes quando este tem um diagnóstico grave. Outros chegam mesmo a afirmar que dão toda a informação de uma forma velada, escondida:

E60 Tentamos não dizer.

E60 Não queremos dizer o diagnóstico porque é mau, tentamos atenuar o maior e melhor, o máximo que se pode.

E49 Jogar com eles, não dando pormenores todos, pronto.

E49 Ouve nós... claro que damos a informação velada.

E49 Nós damos toda a informação de uma forma velada, escondida, nós somos verdadeiros nisso há séculos, a informação é dada mal, não é?

Outros têm uma opinião totalmente oposta, afirmando que são eles que no fundo fazem e levam a cabo o CI e dão toda a informação:

E53 No fundo nós fazemos o Consentimento Informado.

E49 É importante informar.

E49 Tentamos sempre envolver.

E49 Somos nós que falamos com o doente e também com a família.

E51 Pronto... hum... nós explicamos "o seu exame vai ser assim, vai sentir alguma dor, mas vai ter uma analgesia previamente".

E51 Têm com o doente, somos nós que ouvimos este tipo de dúvidas que o doente tem.

Todavia, consideram que a participação no CI é limitada e depende de o médico informar ou não:

E51 Acho que nós, enfermeiros, somos um bocadinho. Não em relação ao que nos diz respeito directamente, mas às vezes temos dificuldade em perceber até onde vão os nossos limites.

E51 Pronto, acho que nós também nos sentimos um pouco mais limitados, porque é assim muitas vezes, nós nem sabemos qual é o exame que o doente vai fazer.

E54 O médico já falou consigo?

E54 Não sou eu que os vou informar, tem que ser o médico.

E54 Explicamos mas não em diagnóstico.

Chegam mesmo a referir medo e mencionar represálias para quem informa sem o consentimento da equipa médica:

E54 Se tem que ser operado ou se tem um exame, muitas vezes perguntam-nos a nós se o pai deve ou não fazer aquela cirurgia ou o exame. Se informarmos, quem nos defende? Ninguém!

E54 Tenho sempre uma atitude defensiva, quero terminar o dia bem.

E54 Porque senão há represálias.

E54 Ninguém nos defende e eu quero terminar o dia sem problemas.

Mencionam a importância da boa relação enfermeiro/ doente na humanização dos cuidados, na boa comunicação derivada do contacto que se estabelece nas 24 horas, e o quão gratificante é para enfermeiros e doentes:

E51 Talvez pela proximidade a que o enfermeiro está.

E52 E era muito importante também para nós e para o doente.

E51 Ainda agora tivemos uma jovem que tirou uma simples drenagem pelo facto de não saber como as coisas se iriam processar, esteve mal, muito angustiada, não dormiu. Só depois é que nos apercebemos daquela reacção, do não dormir, por uma razão muito simples, que não foi explicado ao doente como se ia proceder, se doía, se não doía.

E52 A pessoa que sabe claramente o que vai fazer da sua situação, que está esclarecida, que sabe da medicação, é um doente que coopera muito e ajuda muito nos nossos cuidados.

E52 Sabe o que vai passar para a frente.

E52 Ajuda muito nos cuidados, é assim!

Esta relação também muitas vezes é afectada pelo baixo nível socioeconómico do doente, que não entende o que lhe é transmitido:

E49 Mas, por outro lado, eu penso assim, nós temos uma população um bocadinho, bocadinho, bocadinho... com um nível baixo.

Mencionam a importância de envolver a família na informação e no CI como forma de humanização:

E49 E até às vezes a família não quer que se lhe diga nada.

E52 E acho que a participação do doente e da família é diferente, é melhor!

E52 A família poderia querer acompanhá-lo no exame e porque não?

Mencionam que o doente com diagnóstico grave tem um sexto sentido, e mesmo não informado sabe o que tem:

E49 Mas, digo-lhe, para mim todo o doente que tem um cancro, sabe que o tem.

E49 Os doentes têm um sexto sentido.

E54 O doente sabe o que se passa pela nossa cara, pelas nossas feições, mesmo sem nós querermos. É assim!

Algumas enfermeiras referem haver uma má relação médico/ enfermeiro, afirmando que estes as ignoram:

E46 Eles também nos ignoram.

DECLARAÇÃO

A declaração do CI não contribui para a humanização da forma como é realizado nos hospitais.

E na maioria dos casos não é realizado:

E55 Eu acho que, em termos de consentimento informado, o papel não contribui para a humanização.

E55 No entanto, o consentimento informado que se está a praticar, o papel assinado, não traz humanização.

E47 Como há humanização se o doente, como já lhe contei, não sabe que vai ficar com uma colostomia?

E47 Assim, não!

E47 Mas o consentimento informado não se faz!

E52 É importantíssimo e ainda não está, não está completamente implementado neste serviço, pelo menos.

E55 Eu nunca assisti à transmissão da informação e assinatura desse papel do consentimento informado por parte do doente.

Os enfermeiros consideram que há obstáculos à realização do CI, tal como a falta de recursos humanos e a própria desmotivação:

E48 Também é assim, bom, nesta fase, acaba por tanto a falta de pessoal, de recursos humanos e materiais, etc.

E48 Não contratam enfermeiros, foram todos para o Norte, ficaram poucos, um enfermeiro para vinte doentes.

E48 Faz-se o que se pode.

E48 Se há tempo informa-se.

E48 Acaba por desligar um bocadinho.

E48 Estou-me nas tintas, é deixar o barco correr.

E48 Já não luto como antigamente.

Embora considerem que melhora a relação enfermeiro/ doente.

E48 E havendo este cuidado, nós temos a preocupação de informar o doente.

E48 E conversar com o doente.

E48 E aí acabamos por ligar à família.

E48 E acaba por haver maior vínculo e o acompanhamento é diferente.

E48 E o acompanhamento psicológico também é diferente, é melhor.

E48 Interligamos e interpomos com os outros.

E53 Falamos sempre com o doente sobre tudo o que lhe vamos fazer.

E53 Sobre tudo o que quer, nós esclarecemo-los.

E53 Sem dúvida, nós podemos ficar ao pé do doente, prestar os cuidados e não falarmos com ele sem informá-lo, é impossível.

INFORMAÇÃO

A ausência de informação por parte da equipa médica cria mal-estar e situações de extrema gravidade nos doentes, acrescentando a isso o factor idade.

Tal também implica dificuldades no trabalho da enfermagem, no ensino para alta e a preparação no pré-operatório:

E46 O doente não sabe absolutamente nada e perguntam-te "vai doer muito"?

E46 E o que me vão fazer?

E46 Incluso a cirurgia e isto é mais notório se são pessoas da terceira idade, claro!

E46 Mas se é um velhote, choram, ficam nervosos e choram, e não dormem toda a noite.

E46 Porque desconhecem tudo, tudo, o que lhe vão fazer no hospital.

E47 Do que têm, do que é que lhes vão fazer.

E47 Mas, mas não acontece.

E47 Nós aqui no nosso serviço, que é de cirurgia, temos doentes que vão fazer uma colostomia, eles não fazem ideia do que é aquilo!

E47 E depois vamos ensinar, tem uma colostomia, um saquinho... e dizem :

Quem? Eu? Não!

E47 Eles não fazem a mínima ideia.

E47 Ninguém os informou, que iriam ficar com uma colostomia, não é?

E47 Nunca são informados, é um bocado mau!

A ausência de informação da equipa médica não só cria sentimentos de angústia ao doente, como ao enfermeiro que cuida do doente:

E49 Por exemplo, eu tive um doente que ia ser operado ao esófago e a certa altura, apercebi-me de que ninguém lhe tinha explicado o pós-operatório, isto é, iria ser ventilado. Eu expliquei-lhe, ao doente e à família. Foi horrível, senti-me mal, cheguei a casa angustiada, "e se o médico souber"?

E54 Dou-lhe um exemplo, eu tive um familiar com neo da bexiga e o médico disse-me que só lhe dava 6 meses de vida e já passaram 20 anos. Eles também se enganam.

E54 Tive um doente que tinha uma carcinomatose peritoneal, o médico disse-lhe que havia uma luz ao fundo do túnel. Claro que eu sabia que não havia nenhuma luz.

E55 O Prof. do nosso serviço fez um documento para o Consentimento Informado e eram os enfermeiros que entregavam. Claro que não o fizemos, nem sabíamos o que o médico tinha informado ao doente, muito menos o diagnóstico. Negamo-nos a participar nisso!

A informação é um direito que o doente tem.

E47 É um direito que todos eles têm, que deviam ser informados.

RELAÇÃO MÉDICO/ DOENTE

Mencionam que, em alguns casos, há uma má relação médico/ doente e uma total ausência de informação para o doente, o que dificulta os cuidados de enfermagem:

E46 É mau ao nível médico.

E46 Os médicos não informam de nada.

E46 Eles são péssimos.

E46 Ignoram os doentes, é horrível.

E46 Os doentes vão fazer quimio e radio mas não sabem o que têm.

E51 Há uma série de informações que eu acho que deviam ter sido dadas pelo médico, mas somos nós realmente, que somos confrontados com estas situações.

E51 Porque não há este cuidado da parte médica, de explicar concretamente o que é, o que se vai passar.

E52 Acho que, que muitas vezes isto não tem a ver com os enfermeiros, os doentes fazem exames, sem terem a mínima noção, ideia do que têm e do que vão fazer, nem porque é que o vão fazer.

PARTICIPAÇÃO DO DOENTE

Referem a participação do doente como pessoa autónoma que depois de esclarecida, decide o que quer fazer e autoriza ou não (recusa) o tratamento proposto:

E50 Vai ser explicado ao doente toda e qualquer técnica, este irá consentir ou não.

E55 Todas as hipóteses que tem de recusar ou não recusar.

E55 Pois tudo isto implica também recusa.

TRABALHO EM EQUIPA

Consideram o trabalho em equipa muito importante para a informação adequada ao doente e para a correcta realização do CI. Mas existem obstáculos que são a dificuldade de trabalhar em equipa com os médicos e da difícil relação entre estes:

E51 Há muita falta de diálogo, pronto, não é só dos médicos, penso que é do conjunto.

E51 A equipa nem sempre funciona, como uma equipa, como um todo.

E51 Acho que ela é muito importante, que era muito importante que houvesse uma atitude diferente, para que soubéssemos.

HOSPITAL

Consideram que o hospital é um meio hostil para o doente que é internado, e falam do sofrimento que lhe causa:

E46 Entram aqui é um meio completamente desconhecido e pronto sofrem muito!

E46 Claro, desnecessariamente.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria – *CI Contribui para a Humanização* –, os entrevistados referiram que este é um dos factores que contribui para a humanização nos cuidados de enfermagem.

A totalidade dos enfermeiros considera que CI contribui para a humanização dos cuidados prestados ao doente.

Porém, alguns verbalizam que existem obstáculos que têm a ver com o tipo de doentes, tais como os idosos e a sua compreensão do que está a ocorrer.

Consideram que faz parte da humanização dos cuidados de enfermagem.

Defendem a ideia de que só há humanização se o doente for informado, de outra forma não é possível.

Alguns enfermeiros assumem que não informam os doentes quando estes têm um diagnóstico grave. Outros chegam mesmo a afirmar que dão toda a informação de uma forma velada, escondida.

Existem enfermeiros que têm uma opinião totalmente oposta, afirmando que são eles que no fundo, fazem e levam a cabo o CI e fazem toda a informação.

Todavia, consideram que a participação no CI é limitada e dependente de o médico informar ou não.

Chegam mesmo a referir medo e mencionar represálias para quem informa sem o consentimento da equipa médica.

Mencionam a importância da boa relação enfermeiro/ doente na humanização dos cuidados, na boa comunicação derivada do contacto que se estabelece nas 24 horas, e o quão gratificante é para enfermeiros e doentes.

Mencionam também a importância de envolver a família na informação e no CI como forma de humanização.

Mencionam que o doente com diagnóstico grave tem um sexto sentido, e mesmo não informado sabe o que tem.

Algumas enfermeiras referem haver uma má relação médico/ enfermeiro, afirmando que os médicos as ignoram.

A declaração do CI não contribui para a humanização da forma como é realizado nos hospitais. E na maioria dos casos não é realizado.

Os enfermeiros consideram que há obstáculos à realização do CI, tal como a falta de recursos humanos e a própria desmotivação, embora considerem que melhora a relação enfermeiro/ doente.

A ausência de informação por parte da equipa médica cria mal-estar e situações de extrema gravidade nos doentes, acrescentando a isso o factor idade. Isto também implica dificuldades no trabalho da enfermagem, no ensino para alta e a preparação no pré-operatório.

A ausência de informação da equipa médica não só cria sentimentos de angústia ao doente, como ao enfermeiro que cuida do doente.

A informação é um direito que o doente tem.

Referem que em alguns casos, há uma má relação médico/ doente e uma total ausência de informação para o doente, o que dificulta os cuidados de enfermagem.

Expõem a participação do doente como pessoa autónoma que depois de esclarecida, decide o que quer fazer e autoriza ou não (recusa) o tratamento proposto.

Consideram o trabalho em equipa muito importante para a informação adequada ao doente e para a correcta realização do CI. Mas existem obstáculos que são a dificuldade de trabalhar em equipa com os médicos e a difícil relação entre estes.

Pensam que o hospital é um meio hostil para o doente que é internado, e falam do sofrimento que lhe causa.

CATEGORIA SIGNIFICADO

Na categoria *Significado*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 4 subcategorias, num total de 15 entrevistados, registando uma frequência de 72 unidades de registo.

1ª subcategoria – *Informação* – 41 unidades de registo, sendo referida por 13 entrevistados.

2ª subcategoria – *Declaração* – 17 unidades de registo, referida por 9 entrevistados.

3ª subcategoria – *Participação do Doente* - 12 unidades de registo, citada por 6 sujeitos.

4ª subcategoria – *Relação Médico/ Doente* – obteve 2 unidades de registo, sendo referida por 1 entrevistado.

Quadro 76

Distribuição das subcategorias da categoria
SIGNIFICADO,
por N.º de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Informação	13	86,6	41
Declaração	9	60	17
Participação do doente	6	40	12
Relação médico/doente	1	6,6	2
Total	15	100	72

Fazendo uma análise do quadro, verifica-se que, dentro das subcategorias, a que tem maior relevo é *Informação*, com 86,6%, seguida de *Declaração*, com 60%, surgindo depois a subcategoria *Participação do Doente*, com 40%; e por último, *Relação Médico/ Doente*, com 6,6%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

INFORMAÇÃO

Os enfermeiros consideram que os doentes têm que ser informados e esclarecidos sobre a sua situação de doença:

E48 Tem que ter conhecimento.

E46 Se é sobre a cirurgia, é sobre a cirurgia.

- E46 Para mim, é aquela informação que se deve dar ao doente sobre tudo o que lhe acontece ao longo do tratamento hospitalar.
- E47 Para mim, o Consentimento Informado é informar os doentes do que é que têm.
- E47 Do que lhes vão fazer.
- E48 É o conhecimento que o doente tem acerca das técnicas, exames, cirurgias que lhe vão ser feitas.
- E58 Explicar os benefícios, malefícios e os procedimentos que se vão fazer.

Referem que, em muitos casos, há uma total ausência de informação por parte dos médicos aos seus doentes:

- E60 Porque os doentes na prática não sabem o que vão fazer, o que são os exames.
- E46 Às vezes chegam aqui para fazer quimio e radioterapia e não sabem o que é aquilo.
- E46 Há quem vá fazer uma cirurgia e também não sabe o que lhe vão fazer.
- E54 Muitas vezes eles não têm conhecimento, nem do diagnóstico.
- E54 Nem do que vão fazer, não vão, muitas vezes, exames.
- E54 Do que vão fazer, às vezes umas técnicas mais invasivas, os doentes não sabem do que vão fazer, em que consiste.

DECLARAÇÃO

Há claras dificuldades entre a teoria do CI e a prática e execução da mesma. Muitas vezes esta é descurada ou até nem realizada:

- E60 A gente sabe o que é na teoria.
- E60 Mas depois, em termos profissionais de saúde, acho que as coisas perdem-se um pouco.
- E60 Eu acho que uma coisa é a teoria, a outra é a prática.
- E60 Na prática, acaba por perder.
- E54 Nós temos, mas normalmente não é feita.
- E54 Às vezes não é feita.

Esta declaração do CI é um documento que deverá ser assinado pelo doente de forma a este deixar expressa a sua autorização ao procedimento ou actuação que vai ser realizada:

- E47 Assinar a autorização, de certos e determinados exames, cirurgias.
- E48 E autorizar sempre... hum... a realização. Pronto.
- E50 O Consentimento Informado, o Consentimento Informado, é... portanto... É a autorização, entre aspas, que a pessoa dá.
- E50 Para invadir a sua privacidade ao nível de qualquer intervenção que se faça.
- E51 Qualquer informação prestada no sentido de obter a sua autorização para um exame, qualquer técnica.
- E51 Pode ser escrito ou verbal.
- E51 Para obter a sua autorização.
- E52 Acho que é um documento muito importante.
- E53 De forma a que o doente possa consentir ou não que este acto se lhe realize.
- E54 O que o doente consentir e der a sua autorização para uma cirurgia.

PARTICIPAÇÃO DO DOENTE

O doente participa na decisão clínica autorizando ou não que lhe seja realizado determinado acto depois de ser esclarecido e informado:

- E49 E se ele concorda ou não.
- E49 Se vai ser feito ou não.

E49 Ele vai ter conhecimento para nos dizer se concorda ou não em relação a essa situação.
E55 O doente tem que ter uma opinião sobre o que lhe vão fazer, portanto.
E55 Devem os doentes ter uma opinião daquilo que deverão e querem fazer.
E55 Têm a ver com participar naquilo que lhe vão fazer e saber sobre aquilo que não lhe vão fazer.
E55 Que estão esclarecidos é que consentem.
E56 E ele dá ou não o consentimento informado do acto que vai ser intervencionado.
E57 E darem-nos o seu parecer.

RELAÇÃO MÉDICO/ DOENTE

O CI é considerado por alguns enfermeiros um facilitador da relação médico/ doente, promovendo o diálogo entre ambos:

E52 Que é também uma oportunidade de o médico, de os médicos explicarem ao doente e familiares, pelo menos era o que deveria ser.
E52 É a altura propícia para isso.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados na categoria *Significado*, os entrevistados referiram que consideram que os doentes têm que ser informados e esclarecidos sobre a sua situação de doença.

Dizem que em muitos casos, há uma total ausência de informação por parte dos médicos aos seus doentes.

Há claras dificuldades entre a teoria do CI e a prática e execução da mesma. Muitas vezes, esta é descurada ou até nem realizada.

Esta declaração do CI é um documento que deverá ser assinado pelo doente de forma a este deixar expressa a sua autorização ao procedimento ou actuação que vai ser realizada.

O doente participa na decisão clínica autorizando ou não que lhe seja realizado determinado acto depois de ser esclarecido e informado.

O CI é considerado por alguns enfermeiros um facilitador da relação médico/ doente, promovendo o diálogo entre ambos.

CATEGORIA QUEM DEVE APLICAR O CI

Na categoria *Quem Deve Aplicar o CI*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 4 subcategorias, registando uma frequência de 68 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados.

A primeira subcategoria – *Médico*, obteve 48 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados.

A segunda subcategoria – *Enfermeira*, obteve 14 unidades de registo, sendo referida por 7 sujeitos.

A terceira subcategoria – *Declaração*, somou 4 unidades de registo, sendo citada por 4 entrevistados.

A quarta subcategoria – *Participação do Doente*, colheu 2 unidades de registo, utilizada por 2 sujeitos.

Quadro 78

Distribuição das Subcategorias da Categoria
QUEM DEVE APLICAR O CI,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º sujeitos	%	Frequência
Médico	15	100	48
Enfermeira	7	46,6	14
Declaração	4	26,6	4
Participação do doente	2	13,3	2
Total	15	100	68

Fazendo a análise do quadro, verifica-se que 100% dos entrevistados consideram que quem deve aplicar o CI são os *Médicos*, seguindo-se as subcategorias *Enfermagem*, com 46,6%; *Declaração*, com 26,6%; e *Participação do Doente*, com 13,3%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

MÉDICOS

Os enfermeiros referem que quem deve aplicar o CI são os próprios médicos:

E50 No caso da cirurgia, é um acto médico, é o médico que deve informar.

E50 Os médicos que estão com o doente é que devem informar.

As razões que levam os enfermeiros a considerarem isso relacionam-se com a auto-imagem e com o corpo. E também porque são eles quem realiza os actos e esclarece e informa os seus doentes sobre o que vão realizar:

E53 Porque mexem com a integridade.

E53 Mexem com a sua auto-imagem.

E48 No caso de uns exames, quem vai realizar o exame.

E48 Aplicação, aplicação, isto depende um bocado.

E48 Depende se nós estamos a falar das cirurgias ou de exames complementares.

E48 Para explicar aos doentes as complicações que poderão surgir, eventualidades.

E48 Ter uma noção específica do que irá fazer.

E52 Porque há uma oportunidade de o doente pôr, colocar as dúvidas, perguntas como é feito o exame, o que se faz durante o exame.

E57 Acho que deve ser o médico que tem que informar o doente da sua situação, do que pretende fazer ao doente.

E60 Acho que o médico é que deve explicar a maior parte das coisas, o prognóstico, o diagnóstico, a terapêutica.

ENFERMAGEM

Os enfermeiros respondem pelos actos de enfermagem que vão realizar ao doente:

E47 Devemos esclarecer certas dúvidas que os doentes têm.

E49 Eu respondo pelos meus actos de enfermagem.

E49 Se vou prestar cuidados de enfermagem, qualquer que seja, eu devo dizer ao doente o que lhe vou fazer.

E49 A parte no tratamento a direccionar, essa parte é mais na prestação de cuidados.

E53 Tudo o resto somos nós que lhe dizemos, por exemplo, vou picar para tirar sangue, por exemplo, o doente diz sim ou não, ou não diz nada.

E53 É o nosso Consentimento Informado, de alguma forma de um acto de enfermagem.

E57 Pode ser também o enfermeiro, mas depende dos tratamentos.

DECLARAÇÃO

Consideram esta declaração um documento escrito, onde o doente autoriza o acto médico:

E53 Neste serviço, a folha escrita é em relação ao acto médico, cirúrgico.

PARTICIPAÇÃO DO DOENTE

Em que o doente autoriza, concorda e aceita o tratamento proposto, havendo um acordo com o doente, seja da parte médica, seja da enfermagem:

E51 E obtém-se ou não um acordo da doente.

E55 Ou pode dizer não.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria – *Quem Deve Aplicar o CI* –, os entrevistados referem que quem deve aplicar o CI são os médicos.

As razões que levam os enfermeiros a considerarem isso relaciona-se com a auto-imagem e com o corpo. E também porque são eles quem realiza os actos e esclarece e informa os seus doentes sobre o que vão realizar.

Os enfermeiros respondem pelos actos de enfermagem que vão realizar ao doente.

Consideram esta declaração um documento escrito, onde o doente autoriza o acto médico, em que o doente autoriza, concorda e aceita o tratamento proposto, havendo um acordo com o doente, seja da parte médica, seja da enfermagem.

2.3 – Unidade Temática: O CONSENTIMENTO INFORMADO DA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA (NO HOSPITAL PÚBLICO)

QUADRO 79

Distribuição das Categorias e subcategorias da Unidade Temática
O CONSENTIMENTO INFORMADO NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA
(NO HOSPITAL PÚBLICO)

Categorias	Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
SIGNIFICADO	Informação	15	100	154
	Utilidade	14	93,3	49
	Relação enfermeiro/ doente	10	66,6	31
	Participar	2	13,3	6
	TOTAL	15	100	240
ACESSO DOS FAMILIARES À INFORMAÇÃO	Informação	15	100	164
	Relação médico/ doente	6	40	17
	Local	5	33,3	7
	Decisão	2	13,3	3
	TOTAL	15	100	191
PARTICIPAÇÃO DOS FAMILIARES NA DECISÃO CLÍNICA	Decisão	15	10	43
	Relação médico/ doente	7	46,6	16
	Informação	5	33,3	36
	TOTAL	15	100	95
PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CI E NA INFORMAÇÃO	Participação do enfermeiro	15	100	44
	Relação enfermeiro/ doente	9	60	6
	TOTAL	15	100	50
QUEM DEVE INFORMAR E PEDIR O CI	Médico	13	86,6	25
	Trabalho em equipa	3	20	3
	Enfermeira	2	13,3	4
	AAM	1	6,6	4
	TOTAL	15	100	36

Na Unidade temática *O Consentimento Informado da Perspectiva Dos Familiares (No Hospital Público)*, foram formuladas aos entrevistados as seguintes perguntas:

- *O que significa para si o Consentimento Informado?*
- *Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?*
- *Acha útil o Consentimento Informado?*
- *Quem deve informá-lo e pedir-lhe o Consentimento Informado?*
- *Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.*
- *Como lhe foi transmitida a informação técnica acerca da sua doença?*
- *Qual a sua opinião acerca de os doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?*
- *Acha e quer ter acesso a toda a informação acerca da sua doença?*
- *Na sua opinião, qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do Consentimento Informado aos doentes?*

Após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 4 categorias, tendo a primeira categoria – *Significado* – 240 unidades de registo em 15 entrevistados.

A segunda categoria – *Acesso da Família à Informação* – tem uma frequência de 191 unidades de registo em 15 sujeitos.

A terceira categoria – *Participação da Família na Decisão Clínica* – obteve uma frequência de 95 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados.

A quarta categoria – *Participação do Enfermeiro no CI e na Informação* – contou com uma frequência de 50 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados.

A quinta categoria – *Quem Deve Informar e Pedir o CI* – somou uma frequência de 36 unidades de registo, sendo citada por 15 sujeitos.

Fazendo uma análise do quadro, verifica-se que todos os entrevistados dão grande importância ao *Significado* do CI, seguindo-se *Acesso da Família à Informação*, *Participação da Família na Decisão Clínica*, *Participação do Enfermeiro no CI e na Informação*, e *Quem Deve Informar e Pedir o CI*.

CATEGORIA SIGNIFICADO

Na categoria *Significado*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 4 subcategorias, num total de 15 entrevistados, registando uma frequência de 240 unidades de registo.

1ª subcategoria - *Informação* – obteve 154 unidades de registo, sendo referida por em 15 entrevistados (isto é, a totalidade dos inquiridos).

2ª subcategoria – *Utilidade* – colheu 49 unidades de registo, sendo citada por 14 entrevistados.

3ª subcategoria – *Relação Enfermeiro/ Doente* – auferiu 31 unidades de registo, utilizada por 10 sujeitos.

3ª subcategoria – *Participar* – somou 6 unidades de registo, com referência de 2 entrevistados.

Quadro 80
Distribuição das Subcategorias da Categoria
SIGNIFICADO,
por Número de Sujeitos e Frequência

Categorias	Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Significado	Informação	15	100	154
	Utilidade	14	93,3	49
	Relação enfermeiro/ doente	10	66,6	31
	Participar	2	13,3	6
TOTAL		15	100	240

Fazendo uma análise do quadro num perspectiva decrescente, verifica-se que dentro das subcategorias, a que tem total relevância é *Informação*, com 100%, seguida de *Utilidade*, com 93,3%; Surgem depois as subcategorias *Relação Enfermeiro/ Doente*, com 66,6%, e *Participação*, com 13,3%.

Alguns excertos ilustram o atrás referido:

INFORMAÇÃO

Para a família, é extremamente importante estar informado sobre a doença dos seus familiares.

Esta explicação, segundo os entrevistados, deve ser de fácil compreensão e directa:

E1 Para a gente estar dentro dos assuntos do doente.

E4 Esclarecer, pronto!

E4 Pôr as pessoas a par do que se passa.

E5 Estar informado.

E9 Deram-me a explicação sobre a doença da minha avó.

E2 Mas de uma forma clara.

E2 Directa.

E2 De forma a que nós percebamos o que podemos.

E14 Eu acho bem até deviam dar mais informações.

E3 Acho que devia haver mais informação.

Consideram que a informação que a equipa médica lhes dá tem limites, mas desconhecem a razão desses mesmos limites:

E5 Talvez só podem informar até um certo ponto.

Demonstram satisfação em obter a informação, isto é, em terem sido informados:

E5 Eu penso que é bom informar.

E5 Pronto, está bem informada.

Revelam também que há dificuldades na comunicação, na transmissão da informação por parte da equipa médica, aquela nunca é directa e objectiva, considerando-se muitas vezes mal informados ou, em muitos dos casos, havendo uma total ausência de informação.

E2 Nunca é directo.

E2 Ou concreto.

E2 Em termos de doença, nunca é directo ou concreto.

E2 Que a pessoa vá directo ao assunto.

E2 Eu vou dar-lhe um exemplo: "Onde fica o quarto tal". E depois indicam "segue sempre em frente e vira-se esquerda e encosta-se à direita".

E2 Mas muitas vezes não é assim.

E5 Não é logo dada.

E12 Eu acho que estamos muito mal informados.

E3 E não é o que acontece.

E3 Nunca houve uma informação correcta.

E10 nem acesso a nada.

E12 Nós chegámos aqui e ninguém nos informou de nada.

E15 Não nos informaram de nada.

E3 Nunca nos informaram.

E3 Nem nos informaram.

Porém, os familiares consideram que houve uma evolução no tempo, antigamente não existia informação e agora existe:

E14 Antigamente, não davam nenhuma informação, agora já está melhor.

A família tenta, na maioria dos casos, obter informações pelas enfermeiras, muitas vezes por não compreenderem a linguagem do médico ou até devido à ausência de informação:

E3 Soubemos alguma coisa pelas enfermeiras.

E4 Eu agora estava à espera de encontrar uma enfermeira para saber da situação dela.

As vantagens da informação, segundo a família, são várias, como tranquilizar a família e o doente:

E5 Porque tranquiliza a família por saber o que é que se está a passar.

E5 Acalma-nos.

E5 E acalma o próprio doente.

UTILIDADE

Consideram que ajuda a família e o doente, e que é de grande utilidade para a compreensão da doença:

E1 É uma mais-valia.

E9 Acho bem.

E9 Ajudou-me muito.

Contudo, há famílias que consideram que não ajuda em nada, não dando mais explicações:

E3 Não ajudou.

RELAÇÃO ENFERMEIRO/DOENTE

A família considera de extrema importância o diálogo com o médico e a ajuda que daí advém:

E7 O médico falou comigo, foi muito importante para mim.

E11 Olhe, devo dizer que ajuda o doente e à família.

Mesmo assim, esta relação nem sempre é fácil: em situações de diagnóstico grave, a equipa médica “empurra” a informação de uns para os outros:

E14 Não dão porque têm medo, fica mal.

E5 Também podem não saber o que é que se passa.

E12 Porque está ali escrito na cama do meu pai que era o Dr. R.M. Eu fui falar com ele e ela disse-me que não era, mandou-me para outro.

Falei com o outro Dr. J.C, parece-me.

E12 Portanto, eles andam a empurrar um para o outro, nem era um nem o outro.

Em alguns casos, as famílias chegam a queixar-se da dificuldade de comunicação e de relação do doente para com a família, afirmando que só com persistência conseguem saber o que se passa com o seu familiar:

E1 Foram assim-assim.

E1 Não davam muita abertura.

E3 Ignoraram-nos.

E1 Às vezes a gente queria saber e...

E1 E não.

E3 Nem responderam.

E3 A nossa persistência, é que conseguimos saber alguma coisa.

Outros falam da boa comunicação que tiveram com a equipa médica:

E1 Que houve essa abertura.

E1 Ultimamente tem havido.

E1 Tem sido mais facilitado.

E1 E tem sido bem.

E7 O médico tirou-nos as dúvidas.

E4 E pronto a partir daí, acho que tem sido bem tratada.

PARTICIPAÇÃO

Há um total desinteresse da família em participar, quer é o problema resolvido:

E10 Não é que eu vá dar algum palpite, mas, como é lógico, não vou.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria – *Significado* –, a grande maioria dos familiares acha extremamente importante estar informado sobre a doença dos seus parentes. Esta explicação, segundo eles, deve ser de fácil compreensão e directa.

Consideram que a informação que a equipa médica lhes dá é limitada, mas desconhecem a razão desses mesmos limites.

Demonstram satisfação em obter a informação, isto é, em terem sido informados.

Revelam também que há dificuldades na comunicação, na transmissão da informação por parte da equipa médica, aquela nunca é directa e objectiva, considerando-se muitas vezes mal informados ou, em muitos casos, havendo uma total ausência de informação.

Porém, os familiares consideram que houve uma evolução no tempo, antigamente não havia informação e agora há.

A família tenta, na maioria dos casos, obter informações pelas enfermeiras, muitas vezes por não compreenderem a linguagem do médico ou até devido à ausência de informação.

As vantagens da informação, segundo a família, são várias, tranquiliza a família e o doente, por exemplo. Pensam ainda que ajuda a família e o doente, sendo de grande utilidade para a compreensão da doença.

Todavia, há famílias que consideram que não ajuda em nada, não dando mais explicações.

A família encara como de extrema importância o diálogo com o médico e a ajuda que daí advém. Mas esta relação nem sempre é fácil: em situações de diagnóstico grave, a equipa médica “empurra” a informação de uns para os outros.

Em alguns casos, as famílias chegam a queixar-se da dificuldade de comunicação e de relação do doente para com a família, afirmando que só com persistência conseguem saber o que se passa com o seu familiar.

Outros falam da boa comunicação que tiveram com a equipa médica.

Há um total desinteresse da família em participar, quer é o problema resolvido.

CATEGORIA ACESSO DOS FAMILIARES À INFORMAÇÃO

Na categoria *Acesso dos Familiares à Informação*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 4 subcategorias num total de 15 entrevistados, registando uma frequência de 191 unidades de registo.

A primeira subcategoria, *Informação*, obteve uma frequência de 164 unidades de registo em 15 entrevistados.

A segunda subcategoria, *Relação Médico/ Doente*, obteve 17 unidades de registo, sendo referida por 6 sujeitos.

A terceira subcategoria, *Local*, somou uma frequência de 7 unidades de registo, citada por 5 entrevistados.

A quarta subcategoria, *Decisão*, auferiu uma frequência de 3 unidades de registo, tendo sido referida por 2 entrevistados.

QUADRO N.º 81

Distribuição das Subcategorias da Categoria
ACESSO DOS FAMILIARES À INFORMAÇÃO,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º sujeitos	%	Frequência
Informação	15	100	164
Relação médico/ doente	6	40	17
Local	5	33,3	7
Decisão	2	13,3	3
Total	15	100	191

Fazendo uma análise do quadro, verifica-se que dentro das subcategorias e numa contagem decrescente, a que tem total relevância (com 100%) é a subcategoria *Informação*, seguindo-se *Relação Médico/ Doente*, com 40%, *Local*, com 33,3%, e por último, *Decisão*, com 13,3%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

INFORMAÇÃO

É referido que os familiares e doentes são informados da doença pelo médico que lhes explica a cirurgia que lhes irá realizar, se tal for o caso:

E1 Fiquei logo esclarecida.

E1 O médico explicou-me tudo muito bem.

E4 E pronto, foi aí que lhe diagnosticaram as pedras na vesícula.

E7 Mas disse logo desde o primeiro dia que tinha que ser operado.

E7 Mas disseram-me que a biopsia não era nada de mau, de cuidado, de maligno.

E8 Explicou-nos a doença do meu marido.

E14 Explicaram que o meu filho tinha um problema na tiróide.

E14 E fizeram-lhe uma biopsia e depois veio a saber o resultado e que não era nada de mal.

Há outros familiares que não tiveram acesso à informação e que andam à procura de quem os informe:

E2 Como já lhe disse, nenhuma informação acerca da doença da minha mãe.

E5 Não foi transmitida.

E6 E quando estava, não fui informada.

E10 Sabemos que tem que ser operada, mas a quê? E porquê?

E10 Estamos completamente às escuras.

E15 Foi transmitido que iria ser operado ao intestino, mas a mim, a mim, não me disseram.

E15 Como é que isso iria funcionar, nem nada.

E13 A informação que foi transmitida, foi andar atrás do médico durante quase dois dias e a Dra. C.L. disse-nos alguma coisa.

E13 Se encontramos alguém para saber o que se está a passar novamente.

E10 É o que venho aqui procurar saber.

E11 Mas por isso eu estou aqui para saber.

Consideram que informar um doente quando tem um diagnóstico grave é complicado e difícil, até mesmo para eles:

E4 É muito problemático.

E13 É complicado.

E9 Não sei.

Outros chegam mesmo a afirmar que não devem ser informados, mas a família deve ser sempre informada:

E4 E outros que não devem saber.

E10 Pelo menos para nós podermos saber como lidar com a situação.

E2 A minha mãe está bem, disseram que vai ficar melhor, mas nunca se tem a certeza se acontece alguma coisa mais adiante.

E15 Isso aí acho que não.

E15 Acho que não.

E3 Só devemos saber nós, os familiares.

Há familiares que defendem a ideia de que o doente tem que ser informado do que tem e não se lhe deve ocultar as informações:

E2 Para que pelo menos, tenham a noção do que se passa com eles.

E4 Que os doentes devem saber.

E4 Para ficarem mais consciencializados da sua situação, do que têm.

E8 Para poderem inteirar-se da situação.

E13 Mas acho que o doente deve saber tudo o que se passa com ele.

Os familiares temem pela reacção do doente à informação num diagnóstico grave, dependendo do tipo de personalidade que o doente tem:

E1 Nem todos os doentes reagem da mesma forma, da mesma maneira.

E4 Porque há pessoas que aceitam, que deviam saber.

E14 Há doentes que reagem bem.

E14 Há doentes que se conformam e reagem bem.

E12 Há pessoas que podem aceitar.

E14 E há outros doentes que reagem muito mal.

- E14 Se eu tivesse uma coisa má, até reagia muito mal mesmo.
- E14 Porque sou uma pessoa pessimista, estou sempre a pensar o pior.
- E3 Os doentes podem não aguentar.
- E1 Nem todos os doentes são iguais.
- E4 Depende da própria pessoa.
- E4 Isto vai da mentalidade, da maneira de ser da pessoa.
- E6 Tudo depende da pessoa.

A informação, tanto dada ao doente, como à família, é uma ajuda para o tratamento e cura do doente.

- E10 E isso ajudou-me muito.
- E3 E para a podermos ajudar.
- E5 Porque, além de poder acalmar os outros familiares no sentido de poder explicar o que se passa...
- E6 Uma orientação.
- E6 O que se vai passar e o que fazer.

RELAÇÃO MÉDICO/DOENTE

Os familiares referem que tiveram acesso à informação através de uma conversa calma e em que toda a informação foi dada de forma cuidadosa:

- E9 Calmamente.
- E9 Explicou-me tudo bem explicadinho.
- E9 E não me ocultou nada.
- E5 Devesse informar os doentes com calma.
- E5 Com calma.
- E1 Até os próprios familiares, aí teriam que ser informados com peso e medida.

Outros mostram uma relação de desconfiança em relação à actuação do médico, pondo mesmo em dúvida se a cirurgia seria necessária:

- E11 Disseram-me que o meu pai estava mal e que tinha que ser operado.
- E11 E eu deixei-o resolver.
- E11 Não devia pô-lo em causa.
- E11 Depois vim a saber que a cirurgia não era necessária.

LOCAL

O local onde é transmitida a informação técnica sobre as doenças dos seus familiares varia entre a urgência e as consultas, locais onde habitualmente os médicos fazem os diagnósticos e informam os doentes e seus familiares:

- E1 Foi nas urgências.
- E4 Quando foi esclarecida não foi neste hospital, foi no G.O.
- E5 A minha avó entrou na urgência num dia.
- E5 Mas como foi de urgência, talvez.
- E7 O meu marido veio às urgências porque estava a deitar sangue nas fezes.

E14 Fui às consultas.

E7 Disse-lhe para vir à consulta.

DECISÃO

Há familiares que acham que a decisão é exclusiva do doente, mas há familiares que acham exactamente o contrário, que a decisão é só deles mesmos:

E9 Do doente.

E9 E da família dos doentes.

E15 Só os familiares, os doentes não.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria – *Acesso dos Familiares à Informação* – é referido que os familiares e doentes são informados da doença pelo médico que lhes explica a cirurgia que lhes irá realizar, se tal for o caso.

Há outros familiares que não tiveram acesso à informação e que andam à procura de quem os informe.

Consideram que informar um doente quando têm um diagnóstico grave é complicado e difícil, até mesmo para eles.

Outros chegam mesmo a afirmar que não devem ser informados, devendo a família ser sempre informada.

Há familiares que defendem a ideia de que o doente tem que ser informado do que tem e não se lhe deve ocultar as informações.

Os familiares temem pela reacção do doente à informação num diagnóstico grave, dependendo do tipo de personalidade do doente.

A informação, tanto dada ao doente como à família, é uma ajuda para o tratamento e cura do doente.

Os familiares referem que tiveram acesso à informação através de uma conversa calma e em que toda a informação foi dada de forma cuidadosa.

Outros mostram uma relação de desconfiança em relação à actuação do médico, pondo mesmo em dúvida se a cirurgia seria necessária.

O local onde é transmitida a informação técnica sobre as doenças dos seus familiares varia entre a urgência e as consultas, lugares onde habitualmente os médicos fazem os diagnósticos e informam os doentes e seus familiares.

Há familiares que pensam que a decisão é exclusiva do doente, havendo familiares que acham exactamente o contrário, que a decisão é só deles próprios.

Na categoria *Participação dos Familiares na Decisão Clínica*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 3 subcategorias num total de 15 entrevistados, registrando 95 unidades de registo.

A primeira subcategoria – *Decisão* – obteve 43 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados.

A segunda subcategoria – *Relação Médico/ Doente* - somou 16 unidades de registo, sendo referida por 7 entrevistados.

A terceira subcategoria – *Informação* – colheu 36 unidades de registo, sendo referida por 5 entrevistados.

Quadro 82
Distribuição das subcategorias da Categoria
PARTICIPAÇÃO DOS FAMILIARES NA DECISÃO CLÍNICA,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	Nº Sujeitos	%	Frequência
Decisão	15	100	43
Relação médico/doente	7	46,6	16
Informação	5	33,3	36
Total	15	100	95

Fazendo uma análise do quadro, verifica-se que, dentro das subcategorias, a que tem total relevância é *Decisão*, com 100%, seguindo-se *Relação Médico/ Doente*, com 46,6%, e por último, *Informação*, com 33,3%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

DECISÃO

Há familiares que consideram extremamente importante participar na decisão médica, sobretudo para obter informações sobre a doença que até aqui não conseguiram recolher:

E1 Eu acho que sim.

E2 Fundamental.

E15 Em certos casos, sim.

E2 Estou de acordo com aquilo que vão fazer.

E7 E nós achamos bem. Ele tem um problema de saúde.

E2 Ou, ou, se pelo menos, por exemplo, se eles falam de uma determinada operação, tudo bem.

Há uma história de vida em que a família considera que deveria ter sido informada e lhes devia ter sido pedida a autorização:

E13 Temos o caso do meu pai, em que decidiram que iam cortar os dois dedos, disseram que iam cortar os dois dedos.

E13 O próprio médico, à última da hora, decidiu cortar a perna.

E13 Falamos com a Dra C.L., e diz que isto não se põe em questão.

Outros familiares são da opinião contrária e acham que não devem participar num assunto que não percebem e não querem interferir, alegando não terem conhecimentos para poderem decidir da melhor forma:

E9 Não.

E14 Eu acho que não devo participar nessas coisas.

E3 É preciso saber.

E3 Ter conhecimentos.

E8 Não temos conhecimentos.

E9 Porque não percebo nada sobre as doenças.

RELAÇÃO MÉDICO/ DOENTE

Há familiares que revelam que a boa comunicação ajudou ao doente e a eles próprios a enfrentarem e ajudarem no decurso da doença:

E7 O médico disse ao meu marido.

E7 Perguntou ao médico, ao que ia ser operado, e respondeu-lhe que poderia ficar com um saco.

E7 O médico disse-lhe que deveria ser operado mesmo que ficasse com um saco.

E3 É ele que tem que avaliar o doente.

Noutros casos há uma confiança total no médico e quase um pedido de "paternalismo" por parte deste, há uma entrega total ao médico:

E3 O médico é que sabe.

E5 Porque se os médicos. Cada um sabe do trabalho que está a fazer.

E5 A partir do momento em que o médico está e sabe o que está a fazer e toma certas atitudes.

E11 Sim, mas eu deixo tudo nas mãos do médico.

Outros referem ter dificuldades nesta relação e não entendem o que o médico lhes transmite:

E11 Mas estou aqui para perceber.

E11 Ele falou mas eu não entendi.

E13 Eu não percebo nada.

Informação

Os familiares querem estar esclarecidos sobre a situação de doença que está a ocorrer para poderem ajudar o familiar e estarem preparados aquando da alta:

E11 Por isso é importante que nos expliquem tudo.

E7 Tem um tumor no recto e está.

- E7 Estamos bem informados do que ele tem.
- E11 Por isso é importante que nos expliquem tudo.
- E1 De se informar melhor sobre o estado geral do doente, da saúde.
- E1 O que se tem que fazer.
- E1 E o que não se deve fazer.
- E2 Para saber se é a melhor operação, se por exemplo.
- E8 Mais para compreender a situação, do que para participar.
- E7 Se nos disserem o que se passa.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria – *Participação da Família na Decisão Clínica* –, os entrevistados consideram extremamente importante participarem na decisão médica, sobretudo para obterem informações sobre a doença que até aqui não conseguiram recolher.

Há uma história de vida em que a família considera que deveria ter sido informada e lhes devia ter sido pedida a autorização.

Outros familiares são da opinião contrária e acham que não devem participar num assunto que não percebem e não querem interferir, alegando que não têm conhecimentos para poder decidir da melhor forma.

Há familiares que revelam que a boa comunicação ajudou ao doente e a eles próprios a enfrentarem e ajudarem no decurso da doença.

Noutros casos há uma confiança total no médico e quase um pedido de "paternalismo" por parte deste, há uma entrega total ao médico.

Outros referem ter dificuldades nesta relação e não entendem o que o médico lhes transmite.

Os familiares querem estar esclarecidos sobre a situação de doença que está a ocorrer para poderem ajudar o familiar e estarem preparados aquando da alta.

CATEGORIA PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CI E NA INFORMAÇÃO

Na categoria *Participação do Enfermeiro no CI e na Informação*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 2 subcategorias num total de 15 entrevistados, registando uma frequência de 50 unidades de registo.

A primeira subcategoria - *Participação do Enfermeiro*, obteve 44 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados (a totalidade dos inquiridos).

A segunda subcategoria - *Relação Enfermeiro/ Doente*, obteve 6 unidades de registo, sendo referida por 9 entrevistados.

Quadro 83

Distribuição das subcategorias da Categoria
PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CIE NA INFORMAÇÃO,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º	%	Frequência
	Sujeitos		
Participação do Enf.º	15	100	44
Relação Enf.º/ Doente	9	60	6
Total	15	100	50

Fazendo uma análise do quadro, verifica-se que a totalidade dos entrevistados concorda com a *Participação do Enfermeiro*, seguindo-se uma atribuição de importância à *Relação Enfermeiro/Doente*, com 60%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o que atrás referido:

PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO

A totalidade dos entrevistados concorda com a participação do enfermeiro, considerando a actuação deste para com a família e doentes muito importante, tanto a nível do esclarecimento do que o médico disse, e na preparação da alta, como em todo o acompanhamento durante o internamento;

E5 Devem também participar.

E10 Nós também esperamos que o enfermeiro diga qualquer coisa.

E10 Acho que podem informar e o que se vai passar.

E15 O enfermeiro devia participar mais aos familiares.

E15 Para darem conselhos, para tratar os doentes.

E5 Mas deve haver uma enfermeira que esteja mais responsável e que consiga dizer à família o que é que se está a passar.

E4 É a pessoa mais esclarecida para informar as pessoas.

E14 Acho que também tem um grau bom para informar.

E2 Para que, quando o médico falar, me possam explicar algumas partes que não tenha percebido

Porém, acham que esta participação deve ser limitada, dependente dos médicos; consideram que há enfermeiras que não deveriam informar devido ao seu tipo de personalidade, tendo muitas vezes dúvidas em relação ao facto de estas poderem ou não dar-lhes informação:

E1 Segundo o que eu sei é que eles não nos podem dizer nada.

E3 Eu não sei se podem.

- E7 Bom, mas há umas que não deviam informar, são uns cavalos.
- E11 Podem até não poder participar.
- E11 Nem dar, dar informações.
- E1 Não podem transgredir as leis e as ordens.
- E3 Até porque os médicos podem dizer "vocês não digam nada".
- E10 Não passa por elas, enfermeiras.
- E13 Eu acho até que os enfermeiros podiam não dar tanto pormenor.
- E11 O enfermeiro pode não estar apto para isso.

Muitos familiares consideram que seria importante esta participação estar englobada num trabalho em equipa:

- E3 Os enfermeiros devem informar em conjunto com os médicos.
- E4 Portanto é uma pessoa que informa de acordo com a equipa médica, evidentemente.

RELAÇÃO ENFERMEIRO/ DOENTE

Consideram fundamental a participação do enfermeiro no CI e na informação devido a ser o profissional que está mais em contacto com o doente, as 24 horas do dia, e que estabelece uma maior relação com este e com a família:

- E4 Eu acho que o enfermeiro é o profissional que está mais em contacto com o doente.
- E4 Acho que realmente, é o enfermeiro que está 24 horas com o doente, por dia.
- E4 Mas o enfermeiro é a pessoa que está com o doente as 24 horas.
- E5 E lidam constantemente com o doente.
- E8 Já que estão mais próximos do doente.
- E15 Porque estão mais em contacto com o doente.
- E10 Não tenho razão de queixa dos enfermeiros.
- E7 Acho que devem ter um pouco de paciência para a gente.

A imagem que alguns familiares têm do enfermeiro é de alguém que serve:

- E11 Devem servir o médico.

Há familiares que referem não querer ser informados pelo enfermeiro mas sim pelo médico, não mostrando qualquer tipo de interesse na informação dada por aqueles:

- E10 Mas a gente sabe que o médico é que decide, sobretudo ao nível de algumas decisões.
- E10 O responsável é o médico.
- E11 O que interessa é o médico.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria – *Participação do Enfermeiro no CI e na Informação* –, a totalidade dos entrevistados concorda com a participação do enfermeiro, considerando a actuação deste para com a família e doentes muito importante, tanto a nível do esclarecimento do que o médico disse, e na preparação da alta, como em todo o acompanhamento durante o internamento.

Porém, acham que esta deve ser limitada, dependente dos médicos, havendo enfermeiras que não deviam informar devido ao seu tipo de personalidade, tendo muitas vezes dúvidas em relação ao facto de estas poderem ou não dar-lhes informação.

Consideram fundamental a participação do enfermeiro no CI e na informação devido a ser o profissional que está mais em contacto com o doente, as 24 horas do dia, e que estabelece uma maior relação com este e com a família.

A imagem que alguns familiares têm do enfermeiro é de alguém que serve.

Há familiares que referem não querer ser informados pelo enfermeiro mas sim pelo médico, não mostrando qualquer tipo de interesse na informação transmitida por aqueles.

CATEGORIA QUEM DEVE INFORMAR E PEDIR O CI

Na categoria *Quem Deve Informar e Pedir o CI*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 4 subcategorias, num total de 15 entrevistados, registando uma frequência de 36 unidades de registo.

A primeira subcategoria – *Médico* – obteve 25 unidades de registo, sendo referida por 13 entrevistados.

A segunda subcategoria – *Trabalho em Equipa* – somou 3 unidades de registo, com referência de 3 sujeitos.

A terceira subcategoria – *Enfermeiro* – colheu 2 unidades de registo, citada por 4 entrevistados.

A quarta subcategoria – *AAM* – contou com 4 unidades de registo, sendo referida por 1 entrevistado.

Quadro 84

Distribuição das Subcategorias da Categoria
QUEM DEVE INFORMAR E PEDIR O CI.,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	Nº	%	Frequência
Sujeitos			
Médico	13	86,6	25
Trabalho em equipa	3	20	3
Enfermeiro	2	13,3	4
AAM	1	6,6	4
Total	15	100	36

Fazendo uma análise do quadro, verifica-se que, dentro das subcategorias, a que tem maior relevância, com 86,6%, é a subcategoria *Médico*, seguindo-se *Trabalho em Equipa*, com 20%; depois, surge a subcategoria , *Enfermeiro*, com 13,3%; e por último, *AAM*, com 6,6%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

MÉDICO

A maioria dos familiares acha que quem deve informar e pedir o CI são os médicos:

E3 O médico que a segue.

E3 O médico da doente.

E12 Acho que os médicos a deviam dar.

E14 Eu acho que é os médicos.

E15 O médico que a está a acompanhar.

Porque são as pessoas que os informam do que vai acontecer aos seus familiares e os esclarecem sobre o desenrolar da doença:

E2 Falar com a minha mãe.

E7 Explicou de tudo.

E7 O que foi operado.

E7 Da probabilidade de o meu marido ficar com o saco.

Alguns chegam até a afirmar que têm a obrigação de os informar, o que no fundo é o direito à informação:

E7 O doutor tem a obrigação de nos informar.

Contudo, consideram que esta informação nem sempre é dada, tendo que andar à procura do médico:

E13 Porque a gente andar no hospital à procura de alguém para dar uma informação, não dá!

E13 É um pouco desgastante.

Trabalho em equipa

Há familiares que consideram importante haver um trabalho em equipa entre os médicos e enfermeiros, para melhorar a informação dada e o atendimento:

E6 O enfermeiro ou o médico.

E4 O serviço de enfermagem e o serviço médico.

E13 Alguém que esteja presente quando a gente cá vem, seja médicos ou enfermeiros.

ENFERMEIRO

Consideram que os enfermeiros também podem dar informações, mas estão sempre dependentes da “autorização” médica:

E2 As enfermeiras.

E12 Já que os enfermeiros não podem dar.

E12 Os enfermeiros não falam sem a autorização dos médicos.

E12 Muitas vezes dizem que não sabem.

AUXILIARES DE ACÇÃO MÉDICA

Há familiares que consideram que os AAM também podem dar informações acerca do seu familiar:

E2 E as auxiliares que se encontram no hospital.

E2 Os auxiliares podiam dar a informação, aos, aos, familiares, para ficarem mais a par do que acontece.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria – *Quem Deve Informar e Pedir o CI* –, a maioria dos familiares entrevistados referiu ser os médicos quem deve informar e pedir o CI, porque são quem informa sobre o que vai acontecer aos seus familiares e os esclarecem sobre o desenrolar da doença.

Alguns chegam até a afirmar que têm a obrigação de os informar, o que no fundo é o direito à informação.

Contudo, consideram que esta informação nem sempre é dada e têm que andar à procura do médico.

Há familiares que consideram importante haver um trabalho em equipa entre os médicos e enfermeiros, para melhorar a informação dada e o atendimento.

Pensam que os enfermeiros também podem dar informações, mas estão sempre dependentes da “autorização” médica.

Há familiares que consideram que os AAM também podem dar informações acerca do seu familiar.

2.4 – Unidade temática: O CONSENTIMENTO INFORMADO NA PERSPECTIVA DO DOENTE (NO HOSPITAL PÚBLICO)

Quadro 85

Distribuição das categorias e subcategorias da Unidade temática
O CONSENTIMENTO INFORMADO NA PERSPECTIVA DO DOENTE
(NO HOSPITAL PÚBLICO)

Categorias	Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Acesso do doente à informação	Médico	14	93,3	74
	Informação	15	100	168
	Total	15	100	242
Significado	Informação	15	100	104
	Utilidade	15	100	86
	Relação médico/ doente	11	73,3	39
	Participar	5	33,3	9
	Relação doente/ equipa de saúde	2	13,3	2
	Total	15	100	240
Participação do enfermeiro no CI	Participar	15	100	56
	Relação médico/ doente	4	26,6	16
	Informação	2	13,3	2
	Total	15	100	74
Participação do doente na decisão médica	Participar	14	93,3	30
	Relação médico/ doente	9	60	26
	Informação	5	33,3	12
	Total	15	100	68
Quem deve informar e pedir o CI	Médico	14	93,3	50
	Trabalho em equipa	3	20	3
	Enfermeiro	1	6,6	2

	Total	15	100	55
--	--------------	-----------	------------	-----------

Na Unidade temática *O Consentimento Informado na Perspectiva do Doente (No Hospital Público)*, foram formuladas aos entrevistados as seguintes perguntas:

- *O que significa para si o Consentimento Informado?*
- *Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?*
- *Acha útil o Consentimento Informado?*
- *Quem deve informá-lo e pedir-lhe o Consentimento Informado?*
- *Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.*
- *Como lhe foi transmitida a informação técnica acerca da sua doença?*
- *Qual a sua opinião acerca de os doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?*
- *Acha e quer ter acesso a toda a informação acerca da sua doença?*
- *Na sua opinião, qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do Consentimento Informado aos doentes?*

Após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 5 categorias, tendo a primeira categoria – *Acesso do Doente à Informação* – registado uma frequência de 242 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados.

A segunda subcategoria – *Significado* – obteve 240 unidades de registo, sendo referida por 15 sujeitos.

A terceira subcategoria – *Participação do Enfermeiro na Informação e no CI* – somou 74 unidades de registo, sendo citada por 15 entrevistados.

A quarta subcategoria – *Participação do Doente na Decisão Médica* – colheu 68 unidades de registo, utilizada por 15 entrevistados.

A quinta subcategoria – *Quem Deve Informar e Pedir o CI* – contou com 55 unidades de registo, com referência por 15 sujeitos.

CATEGORIA ACESSO DO DOENTE À INFORMAÇÃO

Na categoria *Acesso do Doente à Informação*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 2 subcategorias num total de 15 entrevistas, registando uma frequência de 242 unidades de registo.

A primeira subcategoria – *Médico* – obteve 74 unidades de registo, sendo referida por 14 entrevistados.

A segunda subcategoria – *Informação* – obteve 168 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados (a totalidade dos inquiridos).

Quadro 86

Distribuição das subcategorias da categoria
ACESSO DO DOENTE À INFORMAÇÃO,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Médico	14	93,3	74
Informação	15	100	168
Total	15	100	242

Fazendo uma análise do quadro, verifica-se que, dentro das duas subcategorias, destaca-se a *Informação* com 100%, seguida de *Médico*, com 93,3%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

INFORMAÇÃO

A maioria acha que deve ser informada pelo médico, considerando mesmo um direito que lhes é devido:

E35 Acho que sim.

E39 Acho que tem o direito de saber.

E45 Acho que devem ser informados.

E34 E agora acho que a pessoa devia saber logo o que tem.

E39 É como eu disse, o principal interessado em saber o que se passa consigo próprio é o próprio doente.

E34 Gosto que me digam o que tenho.

E36 Nós devemos estar informados para saber o que é que temos.

E36 Para orientarmos a nossa vida, para certas coisas.

Outros recusam ser informados, não querem saber o que se passa:

E31 É melhor não.

E42 Acho que é melhor não saber.

E44 E quando lhes dizem que têm uma doença incurável, se calhar ainda os vão prejudicar mais.

E44 Então, se andarem enganados com a doença, se for uma doença dessas, por um lado é capaz de ser bom.

Há várias reacções dos doentes à informação, normalmente em diagnósticos graves é verbalizado o sofrimento e dor que provoca:

E31 Foi tudo de seguida, foi um grande sofrimento.

E37 Deve ser muito difícil.

E37 Uma reacção horrível.

E37 Um período muito difícil.

E37 Mas a gente adapta-se a tudo.

Na maioria dos casos, os doentes mostram a aceitação perante a informação e doença como algo inevitável:

E42 Mas de qualquer maneira teve que ser.

E42 Depende da aceitação da pessoa.

E42 Há pessoas que gostam de saber e aceitam.

E outros doentes que não querem aceitar a situação e revelam um sentimento de revolta.

E31 Há muitos doentes que não aguentam.

E42 E há outras que não conseguem aceitar.

E42 E as que não conseguem aceitar.

Alguns doentes aguardam pacientemente que os informem, referindo uma total ausência de informação, mesmo após a cirurgia realizada:

E35 Não foi.

E35 E aqui estou à espera que me digam alguma coisa.

E35 Pois eu vou ser operada amanhã.

E43 Só sei explicar que fui para aqui para uma consulta e fui logo cortada imediatamente.

E43 E eu a não fazer conta de ser cortada.

A família é muitas vezes envolvida na transmissão da informação da doença, o que causa sofrimento também a esta, mas com a intenção de que a família ajude o seu familiar na recuperação da enfermidade:

E41 E a família começam-se a preparar que o doente vai morrer.

E42 E sofre a família.

E32 Com a minha família, como me cuidar, como me defender...

E32 E também para me cuidarem.

E32 Tenho dois filhos homens, têm que saber para se proteger.

E38 Tenho a minha família.

MÉDICO

A informação foi dada pelo médico ao doente, esta informação foi assente numa relação médico/ doente, onde a boa comunicação teve uma grande contribuição para o doente no

entendimento da sua doença e do que iria ser feito, assim como lhe trouxe tranquilidade para enfrentar a doença. Esta relação é baseada também num clima de confiança entre ambos:

E31 Pelo meu médico.

E39 A minha médica de família.

E42 E nesse aspecto foi muito simpática e o meu médico assistente tratou logo do assunto.

E44 Isto, a gente, tem que se medir as situações dos doentes, cada caso é um caso.

E44 E depois ainda há outra coisa, eu, como sou camionista, cada pessoa o seu tratamento.

E32 Deu-me uma carta fechada para dar ao Dr F. A. e depois disse-me a informação tal e qual e pronto.

E37 Explicou-me "ou vou abri-la ou só lhe coloco dois furinhos e opero-a".

E37 E eu percebi.

E41 E explicaram-me o que tinha, tinha pedras ou pedrões na vesícula.

E44 Eu também lhe disse que não valia a pena esconder-me a doença, eu tenho uma extrema confiança nele.

E44 Eu tenho muita consideração por ele.

E44 Ele tem sido incansável.

E34 E o meu médico esclareceu-me de tudo.

E44 Tudo depende do que o doente falar com o médico.

Porém, nem sempre esta comunicação é realizada da melhor forma e o doente queixa-se de não ter compreendido o que o médico lhe explicou:

E33 Eu sou muito nervosa e não percebi o que ele me disse.

E42 Foi transmitido assim de uma forma um bocado complicada,

Por vezes, é transmitida, pela parte do doente, desconfiança, receio e até medo numa relação de conflito com o médico que o acompanha:

E44 Era capaz de se ter evitado a operação.

E44 Só que o problema é que a médica não se interessou pelos doentes.

E44 As primeiras vezes que me queixei, isto foi degradando e depois comecei a ter medo da médica.

E44 Juro que comecei a ter medo da médica.

E44 Sinceramente juro que comecei a ter medo da médica.

E44 O único médico que conseguiu detectar o meu problema foi o Dr B., particular a pagar, cheguei lá a queixar-me e ele disse-me "já sei o que tem".

Em **síntese** e em relação aos dados apresentados nesta categoria – *Acesso do Doente à Informação* –, os entrevistados concordam a com importância da informação no CI e em todo o processo da doença.

A maioria acha que deve ser informada pelo médico, considerando mesmo um direito que têm.

Outros recusam ser informados, não querem saber o que se passa.

Há várias reacções dos doentes à informação, normalmente em diagnósticos graves é verbalizado o sofrimento e dor que provoca.

Na maioria dos casos, os doentes mostram a aceitação perante a informação e doença como algo inevitável. E outros doentes que não querem aceitar a situação revelam um sentimento de revolta.

Outros doentes aguardam pacientemente que os informem, referindo uma total ausência de informação, mesmo após a cirurgia realizada.

A família é muitas vezes envolvida na transmissão da informação da doença, o que causa sofrimento também a esta, mas com a intenção de que a família ajude o seu familiar na recuperação da doença.

A informação foi dada pelo médico ao doente, sendo esta assente numa relação médico/ doente, onde a boa comunicação teve uma grande contribuição para o doente no entendimento da sua doença e do que iria ser feito, assim como lhe trouxe tranquilidade para enfrentar a doença.

Porém, nem sempre esta comunicação é realizada da melhor forma e o doente queixa-se de não ter entendido o que o médico lhe explicou.

Por vezes, é transmitida pela parte do doente, desconfiança, receio e até medo numa relação de conflito com o médico que o acompanha.

CATEGORIA SIGNIFICADO

Na categoria *SIGNIFICADO*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 5 subcategorias num total de 15 entrevistados, registando-se 240 unidades de registo.

1ª subcategoria – *Informação*, obteve 104 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados.

2ª subcategoria – *Utilidade*, 86 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados.

3ª subcategoria – *Relação Médico/ Doente*, 39 unidades de registo, citada por 11 sujeitos.

4ª subcategoria – *Participar*, 9 unidades de registo, referida por 9 entrevistados.

5ª subcategoria – *Relação Doente/ Equipa de Saúde*, obteve 2 unidades de registo, sendo referida por 2 entrevistados.

Quadro 87

Distribuição das Subcategorias da Categoria
SIGNIFICADO,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º Sujeitos	%	Frequência
Informação	15	100	104
Utilidade	15	100	86
Relação médico/ doente	11	73,3	39
Participar	5	33,3	9
Relação doente/ equipa de saúde	2	13,3	2
Total	15	100	240

Fazendo uma análise do quadro, verifica-se que dentro das subcategorias, as que têm maior relevo, com 100%, são *Informação* e *Utilidade*, seguidas de *Relação Médico/ Doente*, com 73,3%, *Participar*, com 33,3%, e *Relação Doente/ Equipa De Saúde*, com 13,3%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

INFORMAÇÃO

A informação é de extrema importância para o doente porque o esclarece sobre a sua situação de doença, o que vai ser realizado, o que deverá fazer, tendo sobretudo um efeito de trazer ao doente calma e tranquilidade:

- E33 Aqui somos muito bem informados acerca da nossa doença.
- E33 Já fui operada várias vezes, mas é a primeira vez que me explicaram.
- E35 Acho bem que as pessoas saibam.
- E34 É bom estar informado.
- E37 Acho que estou muito bem informada.
- E36 Têm-me informado.
- E37 Esta informação foi muito importante para mim.
- E32 Estou confortada.
- E32 Estou confiante.
- E32 E estou bem.
- E38 Directamente ao doente.
- E38 Há o primeiro impacto, com a continuidade.
- E38 É por isso... isto a vida não há nada que enganar.
- E38 Ajuda a desenvolver a nossa mentalidade.

Muitos doentes consideram que esta informação é um direito de que dispõem:

- E39 Porque todo o doente tem o direito a saber o que tem.

Porém infelizmente, esta informação nem sempre é dada ao doente, e assim surgem as reacções do doente, que vão desde a angústia ao desespero:

- E35 Mas a mim não me explicaram nada.

Os doentes têm diferentes reacções à informação, que passam pela não-aceitação da doença e consequente negação de todo o processo:

- E40 O que é que eu devo achar? Acho mal!
- E40 Acho mal, mas ninguém pode fazer nada.
- E40 Acho mal a gente ter a doença.
- E42 Mas há pessoas que não conseguem aceitar.
- E42 E há outras que se vão a baixo com a informação que é dada.

Mas há outros que aceitam a doença:

E42 Há pessoas que aceitam.

E42 Para mim, eu aceitaria a doença.

Há doentes que verbalizam não entender a informação dada pelos médicos:

E41 Mas entendo pouco o que me dizem.

E45 Mas eu não percebo muito bem o que o médico me diz.

UTILIDADE

Para o doente, o CI e a informação têm um grande valor para a compreensão da sua doença, assim como para a enfrentar, isto é, funcionam como ajuda:

E31 Acho bem.

E31 É bom, melhor para o doente.

E32 Grande importância,.

E34 Significa muito.

E44 Acho que é importante.

E44 Para melhorar o nosso estado de saúde.

E32 Porque, se a pessoa não sabe o que significa uma doença, o medicamento, como deve ser tratado...

O CI, para muitos doentes, ajuda durante todo processo da doença e a reagir perante as suas adversidades.

E34 Ajuda.

E34 Eu sou transplantada e ajudou.

E39 Ajuda a encarar a própria doença, mesmo.

Outros doentes são de opinião contrária, e consideram que o CI não os ajudou em nada:

E33 Não.

E33 Essa parte, não.

RELAÇÃO MÉDICO/ DOENTE

Durante toda a relação médico/ doente, esta é assente numa boa comunicação e numa relação de confiança:

E37 Eu perguntei qual era o meu problema e ele disse-me o que era.

E37 Perguntei como era a operação e ele disse-me que não sabia o que iria encontrar, iria ver.

E37 Se era aberta ou com furos, ia ver.

E37 A nível da medicação, disse-me aquilo que estava a tomar.

E45 É o médico explicar o que eu tenho e o que ele vai fazer-me.

E44 Pois é uma informação que ele nos transmite, se seguida em rigor é bom para o nosso estado de saúde.

E37 Eu também fiz as perguntas todas que achava que devia fazer.

Esta relação é também considerada pelos doentes como uma relação de ajuda:

E34 Os médicos explicam e ajuda.

E33 Embora o médico... coitado se esforce.

E33 Ainda hoje se esforçou, ainda ontem também se esforçou.

Nesta relação surgem sentimentos de gratidão verbalizados pelo doente:

E32 Fiquei muito grata.

Contudo, há várias dificuldades que surgem devido ao nível sociocultural e económico dos doentes, que muitas vezes são analfabetos, sendo todo o decorrer da informação e do CI afectado por isso:

E33 Não sei se vou saber responder.

E33 Sou analfabeta.

E35 Não sei falar bem sobre isso.

PARTICIPAR

A participação do doente é assente no seu consentimento para o acto que o médico irá realizar:

E39 O Consentimento Informado é estarem-nos a pedir uma opinião.

Mas nem sempre o doente quer participar, intervir, e deixa a cargo do médico a decisão. É também um direito que tem:

E40 Porque cada qual dá a sua opinião e eu fico fora.

E40 Porque não tenho que meter o meu bedelho e não sei assuntos não vou fazer nada.

E45 O médico lá sabe.

RELAÇÃO DOENTE/ EQUIPA

A noção de equipa de saúde para muitos doentes é tranquilizadora, trazendo-lhes benefícios para os seus bons cuidados:

E35 Toda a equipa tratou-me bem, muito bem e eles são bons para mim.

E36 Acho que não tenho razão de queixa, a equipa tem sido muito boa.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria – *Significado* –, os entrevistados referem que o seu significado assenta sobretudo no conceito da informação dada ao doente e família e a utilidade desta informação e do CI para o doente no decurso da sua doença.

A informação é de extrema importância para o doente porque o esclarece sobre a sua situação de doença, o que vai ser realizado, o que deverá fazer, tendo sobretudo um efeito de trazer ao doente calma e tranquilidade.

Muitos doentes consideram que esta informação é um direito que lhes assiste.

Porém infelizmente, esta informação nem sempre é dada ao doente, e surgem as reacções do doente, que vão desde a angústia ao desespero.

Os doentes têm várias reacções à informação como a não-aceitação da doença e consequente negação de todo o processo, havendo há outros que aceitam a doença.

Há doentes que verbalizam não entender a informação dada pelos médicos.

Para o doente, o CI e a informação têm um grande valor para a compreensão da sua doença, assim como para a enfrentar, isto é, funcionam como ajuda.

O CI para muitos doentes, ajuda durante todo processo da doença e a reagir perante as suas adversidades.

Outros doentes são de opinião contrária, e consideram que o CI não os ajudou em nada.

Durante toda a relação médico/ doente, esta é assente numa boa comunicação e numa relação de confiança, sendo esta relação também considerada pelos doentes como uma relação de ajuda.

Nesta ligação surgem sentimentos de gratidão verbalizados pelo doente.

Mas há várias dificuldades que surgem devido ao nível sociocultural e económico dos doentes, que muitas vezes são analfabetos.

A participação do doente é assente no seu consentimento para o acto que o médico irá realizar.

Todavia, nem sempre o doente quer participar, intervir, e deixa a decisão a cargo do médico. É também um dos seus direitos.

A noção de equipa de saúde para muitos doentes é tranquilizadora e traz-lhes benefícios para os bons cuidados ao doente.

CATEGORIA PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NA INFORMAÇÃO E NO CI

Na categoria *Participação do Enfermeiro na Informação e No CI*, foram levantadas 4 subcategorias num total de 15 entrevistados, registando-se 74 unidades de registo.

A primeira subcategoria – *Participar* – obteve 56 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados.

A segunda subcategoria – *Relação Médico/ Doente* – somou 16 unidades de registo, sendo citada por 4 entrevistados.

A terceira subcategoria – *Trabalho em Equipa* – recebeu 2 unidades de registo, referida por 2 entrevistados.

A quarta subcategoria – *Informação* – obteve 2 unidades de registo, com referência de 2 entrevistados.

Quadro 88

Distribuição das subcategorias da Categoria
PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NA INFORMAÇÃO E NO CI,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	N.º	%	Frequência
	Sujeitos		
Participar	15	100	56
Relação médico/ doente	4	26,6	16
Informação	2	13,3	2
Total	15	100	74

Analisando o quadro, verifica-se que dentro das subcategorias, a de maior destaque, com 100%, é *Participação do Enfermeiro*; surge depois a subcategoria *Relação Médico/ Doente*, com 26,6%; e por último, *Informação*, com 13,3%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO

Existem doentes que concordam na sua totalidade com a participação dos enfermeiros na informação e no CI:

E31 Acho que sim.

E31 Sim.

Outros há que discordam da participação dos enfermeiros, tanto na informação, como no CI:

E44 Não.

E44 Acho que não.

Há também doentes que acham que esta participação deveria passar por um acordo entre eles e os membros da equipa de saúde:

E39 Devia haver um acordo entre o doente e o médico.

E39 Portanto, devia haver um consentimento entre o médico e o doente.

E39 Tem que haver opiniões compartilhadas, vamos assim dizer.

RELAÇÃO MÉDICO/ DOENTE

Da parte dos doentes, há uma necessidade e pedido de paternalismo dos médicos, associados a uma relação de total confiança:

E33 Os médicos é que estudaram, foi para isso que estudaram.

E34 Isso é com os médicos.

E37 Se eu sou auxiliar educativa, tenho a minha profissão, se o médico tem a sua profissão, quem sou eu para discordar do que ele irá fazer?

E38 Ou aceita ou deixa o médico.

E38 Não sou muito de opiniões.

E38 Sou um bocado difícil.

E38 Portanto, eu confio a 100% neles.

E43 Porque confio no médico.

E37 Que é para o meu bem-estar.

INFORMAÇÃO

Acham que devem ser informados acerca de tudo o que se passa com eles, de forma a ficarem esclarecidos:

E31 Para saber tudo o que se passa.

E31 Para saber como se passam as coisas.

E35 Porque para saber mais claro o que vai ser feito.

E42 Porque normalmente nós gostamos de saber o que é.

Contudo, queixam-se de não serem informados pelos médicos sobre a sua situação de doença:

E45 Há médicos que não explicam aos doentes o que é que se está a passar.

Há reacções negativas à informação, mas sobretudo à doença:

E39 Nem sempre as pessoas estão dispostas, umas a lutar, outras a não lutar.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria – *Participação do Enfermeiro na Informação e no CI* –, os entrevistados concordam, quase na sua totalidade, com a participação dos enfermeiros na informação e no CI.

Um pequeno número, pelo contrário, não concorda com a participação dos enfermeiros, tanto na informação, como no CI.

Há também doentes que acham que esta participação deveria passar por um acordo entre eles e os membros da equipa de saúde.

Da parte dos doentes há uma necessidade e pedido de paternalismo dos médicos, associados a uma relação de total confiança.

Contudo, queixam-se de não serem informados pelos médicos sobre a sua situação de doença.

Há reacções negativas à informação, mas sobretudo à doença.

CATEGORIA PARTICIPAÇÃO DO DOENTE NA DECISÃO MÉDICA

Na categoria *Participação do Doente na Decisão Médica*, após a análise de conteúdo das respostas, foram levantadas 3 subcategorias num total de 15 entrevistados, registando-se 68 unidades de registo.

A primeira subcategoria – *Participar* – obteve 30 unidades de registo, sendo referida por 14 entrevistados.

A segunda subcategoria – *Relação Médico/ Doente* – somou 26 unidades de registo, sendo citada por 9 entrevistados.

A terceira subcategoria – *Informação* – recebeu 12 unidades de registo, referida por 5 entrevistados.

Quadro 89

Distribuição das subcategorias da categoria
PARTICIPAÇÃO DO DOENTE NA DECISÃO MÉDICA,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	Nº Sujeitos	%	Frequência
Participar	14	93,3	30
Relação médico/ doente	9	60	26
Informação	5	33,3	12
TOTAL	15	100	68

Fazendo uma análise global do quadro, os doentes querem *Participar* na decisão médica (cerca de 93,3%), seguindo-se *Relação Médico/ Doente*, com 60%; e por último, *Informação*, com 33,3%.

Alguns excertos das entrevistas ilustram o atrás referido:

PARTICIPAR

A maioria dos doentes refere o desejo e a vontade de participar na decisão médica:

E31 - Acho que sim.

E31 Sim.

Mencionam mesmo um acordo entre os doentes e os médicos acerca da decisão que irá ser tomada:

E39 Devia haver um acordo entre o doente e o médico.

E39 Portanto devia haver um consentimento entre o médico e o doente.

E39 Tem que haver opiniões compartilhadas, vamos assim dizer.

Outros por seu lado, são de opinião totalmente contrária e não querem participar na decisão médica:

E33 Não.

RELAÇÃO MÉDICO/ DOENTE

Os doentes quase que apelam à atitude paternalista e de protecção do médico, numa atitude de extrema confiança:

E38 Portanto eu confio a 100% neles.

E43 Porque confio no médico.

INFORMAÇÃO

Os doentes demonstram necessidade de serem esclarecidos sobre a sua situação de doença e o importante que isso é para eles. E queixam-se da não-informação médica em alguns casos:

E35 Porque, para saber mais claro o que vai ser feito.

E45 Há médicos que não explicam aos doentes o que é que se está a passar.

Reacções negativas à informação, isto é, à notícia da sua doença:

E39 Nem sempre as pessoas estão dispostas, umas a lutar outras a não lutar.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria – *Participação do Doente na Decisão Médica* –, a maioria dos doentes refere o desejo e a vontade de participar na decisão médica.

Mencionam mesmo um acordo entre os doentes e os médicos acerca da decisão que irá ser tomada.

Outros por seu lado, são de opinião totalmente contrária, não querendo participar na decisão médica.

Os doentes quase que apelam à atitude paternalista e de protecção do médico, numa atitude de extrema confiança.

Os doentes demonstram necessidade de serem esclarecidos sobre a sua situação de doença e o importante que isso é para eles. E queixam-se da não-informação médica em alguns casos.

Reacções negativas à informação, isto é, à notícia da sua doença.

CATEGORIA QUEM DEVE INFORMAR E APLICAR O CI

Na categoria *Quem Deve Informar e Aplicar o CI*, após a análise de conteúdo das respostas foram levantadas 3 subcategorias, com uma frequência de 55 unidades de registo, sendo referida por 15 entrevistados.

Quadro 90

Distribuição das subcategorias da categoria
QUEM DEVE INFORMAR E APLICAR O CI,,
por Número de Sujeitos e Frequência

Subcategorias	Nº	%	Frequência
Sujeitos			
Médico	14	93,3	50
Trabalho em equipa	3	20	3
Enfermeiro	1	6,6	2
Total	15	100	55

Fazendo uma análise do quadro, 93,3% dos entrevistados referem que quem deve informar são os *Médicos*, seguindo-se o *Trabalho em Equipa*, com 20%; por último, o *Enfermeiro*, com 6,6%.

Alguns excertos ilustram o atrás referido:

MÉDICOS

Os doentes referem que quem deve informar são os médicos:

E36 Pronto é o médico que me está a seguir.

Porém, os doentes queixam-se da falta de assistência médica:

E44 O doente sofre mais e o doente acaba com a saúde que devia ter.

E44 Eu sinto que aqui para a frente, que não vou ser a mesma pessoa.

E44 Se fosse operado aqui há 10 anos atrás, quando me comecei a queixar...

Acham que devem ser informados e esclarecidos acerca da sua doença pelo médico:

E36 É que me deve informar.

E36 Falar com a gente.

E39 É a pessoa que poderá explicar melhor a doença que tem.

E38 Eu sou a favor, gostava de saber, o que é.

Os doentes mencionam a importância da relação médico/ doente no atendimento e na transmissão da informação, mencionando os benefícios de uma boa relação assente na confiança e em contraste com outra onde há ausência de confiança:

E44 A minha sorte foi ter entrado aqui e... e ter-me queixado a um médico particular, teve que ser a pagar, esse médico particular, como tinha aqui, o Dr T.B. o pessoal amigo, mandou-me para ele.

E44 A minha médica de família nunca se interessou muito por isto.

E44 A médica é que muitas vezes se esteve borrifando para aquilo que eu estava a dizer!

E44 Portanto quando cheguei aqui o meu médico disse: “ Nós já sabemos o que você tem, agora vai fazer mais estes exames para confirmar ao certo e no fim de ter os exames, é que me mandou internar.

E44 Mandou-me internar, mandou-me operar e realmente bateu tudo certo.

A necessidade de envolver a família na informação dada ao doente para o ajudar da melhor forma:

E42 O médico com a própria pessoa ou o familiar mais próximo.

TRABALHO EM EQUIPA

Para alguns doentes, esta informação e o CI devem ser dados num trabalho de equipa, em conjunto com os médicos e os enfermeiros:

E32 Os médicos e os enfermeiros.

E34 Para mim, em primeiro lugar os médicos e a seguir os enfermeiros.

E42 O médico com a enfermagem.

ENFERMEIRO

Há doentes que referem poder ser a enfermeira a dar essa informação de uma forma eficaz para eles:

E38 O acompanhamento com uma boa enfermeira, uma boa assistente que nos saiba informar como deve ser, nos prós e contras.

Em **síntese**, e em relação aos dados apresentados nesta categoria: *Quem Deve Informar e Aplicar o CI*, os doentes referem que quem deve informar e pedir o CI são os médicos.

Porém, os doentes queixam-se da falta de assistência médica.

Acham que devem ser informados e esclarecidos pelo médico acerca da sua doença.

Os doentes mencionam a importância da relação médico/ doente no atendimento e na transmissão da informação, referindo os benefícios de uma boa relação assente na confiança e em contraste com outra onde há ausência de confiança.

Há necessidade de envolver a família na informação dada ao doente para o ajudar da melhor forma.

Para alguns doentes, esta informação e o CI devem ser dados num trabalho de equipa, em conjunto com os médicos e os enfermeiros.

Há doentes que referem poder ser a enfermeira a dar essa informação de uma forma eficaz para eles.

Capítulo III – Discussão dos resultados

Depois do percurso feito até aqui importa agora discutir os resultados. Considero ser proveitosa uma apreciação dos mesmos, procurando realçar os aspectos mais significativos.

Importa referir que apesar das limitações inerentes a este tipo de estudo, não são conhecidos entre nós, outros trabalhos semelhantes, daí a importância que lhe atribuo; traduz uma realidade vivida no contexto português.

O abundante discurso das entrevistas constitui um material riquíssimo, cheio de pistas e avenidas que se tornou um desafio para explorar, dada a sua multidisciplinaridade e importância.

Percorrendo o caminho da categorização dos dados das entrevistas, tal como tinha realizado para o capítulo da análise e apresentação dos resultados, selecionei para discussão alguns tópicos que me pareceram de maior relevância ética e de mais marcadas consequências práticas face ao CI realizado em Portugal.

Procurarei aqui fazer um balanço dos resultados do trabalho, cujo objectivo é *conhecer o entendimento dos médicos, dos enfermeiros, dos doentes e da família em relação à informação e ao Consentimento Informado, a partir dos relatos por eles efectuados*, tal como foram expressos pelos entrevistados.

Irei dividir as conclusões em dois grandes grupos: a assistência privada e a assistência pública, para no final poder estabelecer um termo de comparação entre elas.

Iniciarei pela assistência privada, cujas principais conclusões podem resumir-se do seguinte modo:

1 – Hospital Privado

1

CONSENTIMENTO INFORMADO NA PERSPECTIVA MÉDICA

A) Na categoria *DIFICULDADES DA EQUIPA MÉDICA*, estas residem sobretudo no que se refere:

- À forma como é transmitida a informação - com repercussões no modo como o doente a recebe e a entende;
- Ao próprio Consentimento, sugerindo mesmo alguns médicos a não realização deste.

A informação é influenciada pelo meio social, económico e intelectual do doente, pois conforme estes factores, assim a informação é fornecida pelos médicos, que mencionam também a importância da família na transmissão da informação ao utente.

Consideram o CI complicado porque o actual Consentimento não se adapta à realidade hospitalar, não havendo o hábito de o realizarem, para além do risco de o próprio doente interpretar o CI com desconfiança, como um passar de responsabilidades.

A decisão do doente preocupa-os sobretudo na medida em que este pode recusar o tratamento, implicando as respectivas complicações que podem decorrer para o estado de saúde deste.

Salientam que a relação médica/ doente deve ser baseada numa correspondência de confiança e honestidade.

Existe a preocupação em fornecer informação correcta aos doentes, acerca da sua doença, sem lhes apartar a esperança, confiando que tal lhes permita uma cooperação positiva.

Outros médicos aceitam e praticam (sem dificuldade, dizem) o CI.

B) Na categoria *O CI PODE CONTRIBUIR PARA A HUMANIZAÇÃO E QUALIDADE DA PRÁTICA CLÍNICA*, dá-se ênfase à relação médica/ doente. Esta relação é assente no respeito pelo doente, sendo necessário tempo e calma para que se possa realizar. Consideram que o CI melhora a relação entre o médico e o doente, existindo uma ligação entre o CI, a humanização e a prática clínica.

Na informação, os médicos concordam que os doentes devem ser esclarecidos por eles, ressaltando os direitos dos utentes. Quanto à participação do doente, consideram importante a autorização e a tomada de decisão.

Surgem formas de paternalismo e até de certo autoritarismo, mencionando o engano como fazendo parte desta relação, mas com um carácter humano. Consideram que o CI sempre existiu, não sendo algo novo, tendo-se sempre praticado embora não com esse nome. O CI é visto também por alguns médicos como uma protecção legal. Outros consideram que este não contribui e que pode haver qualidade e humanização sem passar obrigatoriamente pelo CI.

No trabalho em equipa é mencionada a necessidade de haver uma cooperação entre os médicos e os enfermeiros para melhor se realizar o CI.

C) Na categoria *PARTICIPAÇÃO DOS ENFERMEIROS NA INFORMAÇÃO E NO CI*, os entrevistados afirmam dar muito valor à colaboração do enfermeiro na informação e no CI, devendo-se este facto à relação de confiança que existe entre os profissionais de saúde. Mencionam a importância de haver um trabalho de harmonia entre a equipa médica e a de enfermagem para que o CI possa ser praticado da melhor forma. A existência da consulta de enfermagem reforça o conceito do CI num trabalho bem articulado com o grupo de médicos.

Neste serviço em equipa é necessário existir uma relação de confiança entre os seus membros, para que os doentes possam confiar tanto neles como na informação que transmitem. Há a necessidade para alguns médicos, da existência de uma hierarquia, em que o médico é superior hierárquico, além de uma separação das áreas: a médica e a da enfermagem.

Alguns dos entrevistados são da opinião de que os enfermeiros não devem participar, devendo cingir-se à sua actuação específica de enfermagem. Houve até uma opinião depreciativa para com a profissão de enfermagem.

D) Na categoria *QUEM DEVE APLICAR O CI*, a maioria considera que quem deve dar a informação e o CI é o médico, baseada no conceito de que a explicação deve ser dada por quem executa os actos e que por isso, conhece melhor os procedimentos.

A maioria dos médicos considera que esta ligação tem de assentar numa relação de confiança, sendo muitas vezes ainda norteada pelo paternalismo. Na relação médica/ doente alguns sujeitos referem a falta de honestidade profissional dos médicos.

Aparece também a necessidade para alguns médicos, da compartimentação dos vários sectores a que o doente vai ser submetido, dividindo o CI em várias áreas: a cirúrgica, a anestésica e outras especialidades. Existe a carência de responsabilizar a Instituição pelo CI.

Em relação à informação dada pelos médicos aos doentes, aqueles precisam de esclarecer os doentes e de os informar, dependendo esta informação do nível cultural do doente, daí a necessidade sentida pelos médicos de a adequar.

Para muitos médicos é importante a autonomia do doente e a sua livre escolha do cirurgião/ médico.

Sobre o papel do enfermeiro em todo este processo, este é restrito a uma área de enfermagem. Alguns médicos não consideram o papel do enfermeiro muito importante, sendo mesmo incómoda a presença dos enfermeiros durante o seu contacto com os doentes.

No trabalho em equipa, surge a necessidade da colaboração mútua entre os enfermeiros e os médicos durante todo o processo de informação e do CI.

E) Na categoria *SIGNIFICADO*, o esclarecimento aparece como um factor importante na informação e no CI, sendo também referida a importância dos direitos do doente.

A autonomia do doente para alguns médicos é quase inexistente, a decisão clínica é soberana e restringida pela exclusividade do médico e não há partilha com o doente.

Em contraponto, por outros médicos é referida a importância da decisão do doente, nomeadamente na autorização dos procedimentos e actos médicos, dando relevo à autonomia do doente. Aparece também nesta categoria, o direito à recusa do tratamento.

Na declaração do CI existem dificuldades quanto ao seu significado, sendo considerado complicado.

Em relação à sua prática, alguns médicos defendem ser esta já praticada há muitos anos, antes da sua implementação em Portugal com o nome de CI. Consideram que este só é mencionado para os actos cirúrgicos e não abrange a área de medicina, havendo até uma desresponsabilização das outras especialidades. Defendem que esta declaração deve ser obrigatória e que tem uma componente jurídica muito importante, de defesa do médico.

A declaração é baseada numa relação de confiança entre o médico e o doente. Nesta relação, é também mencionada a falta de honestidade do médico para com o doente, sendo ainda abordada a preocupação com o erro terapêutico.

É reconhecida a importância do trabalho em equipa que é realizado entre os médicos e os enfermeiros, devendo existir uma sintonia entre eles.

F) Na categoria *OBRIGATORIEDADE*, o CI surge com uma componente legal e jurídica muito forte, indo mais além deste elemento (também burocrático), com mais significado do que o mero acto de assinar o papel: é toda uma filosofia que o envolve.

O CI legalmente, não defende o médico nem o doente, tendo um valor legal discutível. Há médicos que acham que a declaração do CI os defende legalmente, e que através dele, são protegidas as duas partes (médico e doente).

Consideram fundamental a obrigatoriedade do CI, referindo também a componente ética desta obrigatoriedade. É importante a autorização do doente para o médico poder proceder à realização dos actos médicos.

Há médicos que não concordam com a obrigatoriedade, achando-a excessiva e que não ajuda, afirmando que o CI não tem qualquer utilidade. Defendem que não se pode colocar o CI na realidade português, por se tratar de uma realidade americana.

Há factores que influenciam o CI e que são:

- O baixo nível sócio - económico e cultural;
- A ausência de informação por parte da equipa médica;
- A dificuldade em testar a obrigatoriedade do procedimento.

Na relação médico/ doente referem a importância do contacto humano, da relação de confiança, e da necessidade de trabalho em equipa para o bom sucesso do CI.

CONSENTIMENTO INFORMADO NA PERSPECTIVA DE ENFERMAGEM

A) Na categoria *SIGNIFICADO*, o médico tem como principal objectivo durante todo o processo do CI informar o doente. Este tem o direito à informação e à recusa do tratamento.

Antigamente, este esclarecimento não era concedido aos doentes, devido à atitude paternalista dos médicos.

O doente deve participar activamente na decisão e na autorização sobre o acto médico, assumindo algum risco no que se vai realizar ou acontecer. Porém, o médico assume a sua total responsabilidade no diagnóstico e tratamento do doente.

Na declaração do CI existem limitações devido à imprevisibilidade das situações que podem ocorrer durante uma cirurgia e ou tratamento. Contudo, os enfermeiros consideram a declaração importante para o doente.

B) Na categoria *QUEM DEVE APLICAR O CONSENTIMENTO INFORMADO* é, segundo os enfermeiros, obrigação dos médicos aplicar o CI e informar os doentes, embora para alguns dos entrevistados, seja esta a obrigação de qualquer profissional de saúde, de uma forma lata e abrangente, que realizar um acto com o doente, respondendo por esse mesmo acto. Neste trabalho em equipa devem ser também incluídos o utente e a família, devendo esta responsabilizar-se no caso de menores ou incapazes.

Ainda na perspectiva dos enfermeiros, a declaração do CI divide-se em actos de enfermagem e actos médicos. Na área de enfermagem a actuação é limitada e por vezes confusa para muitos dos enfermeiros, que não sabem como agir perante o CI.

D) Na categoria *TIPO DE PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CI E NA INFORMAÇÃO*, referem a sua preocupação com a participação do enfermeiro na informação e no CI, considerando que esta deve ser baseada na comunicação e na relação enfermeiro/doente, fazendo de ponte de ligação entre o médico e o doente e sendo, como alguns defendem, o “advogado” do doente e até, em alguns casos, o tradutor do médico, quando o doente não entendeu a linguagem do médico ao explicar-lhe o tratamento e / ou cirurgia.

A actuação dos enfermeiros na informação e no CI é limitada, havendo até um certo receio em informar e um cuidado para que a informação vá de encontro ao que o médico transmitiu.

Consideram a informação um direito dos doentes, devendo ser respeitado, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o aumento da esperança do doente em relação à sua doença.

Esta transmissão de informações nos casos dos doentes com diagnóstico grave ou reservado, é complicada.

Há a necessidade, em todo este processo de informação e no decorrer do CI, de envolver a família. Porém, há casos em que a própria família nega a informação ao doente.

Alguns doentes, sobretudo em situações de diagnóstico grave, recusam a informação que lhes está a ser fornecida, com base num direito a ser respeitado – o da recusa à informação.

Muitos enfermeiros estabelecem uma relação directa entre o CI e o acto médico, atribuindo total responsabilidade ao médico na execução do Consentimento e até na informação ao doente, devido à importância da relação médico/ doente em todo o processo de informação e do CI.

Apesar de a informação dos doentes ser da responsabilidade médica, alguns médicos não informam os seus doentes.

Há dúvidas em relação à participação dos enfermeiros no CI e sobretudo na informação quando os doentes têm um diagnóstico grave.

Outros enfermeiros, de uma forma mais radical, defendem que o enfermeiro não deve informar nem participar no CI. Recusam-se a informar em casos de diagnóstico grave, afirmando que nunca informam, por defesa e por receio de represálias. Fogem da situação *empurrando-a* para o médico.

A participação do enfermeiro na informação e no CI deve estar inserida num trabalho em equipa entre os médicos e enfermeiros, em que impere a consonância de informações.

Consideram que na declaração do CI há uma diferença entre a teoria e a execução da mesma.

E) Na categoria *O CI CONTRIBUI PARA A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS*, a maioria dos enfermeiros considera que o CI contribui para a humanização dos cuidados, nomeadamente na qualidade de vida dos doentes.

O CI na sua aplicação, depende do nível social e cultural dos doentes.

A informação é um direito dos doentes, tem relação directa com a humanização dos cuidados e com o respeito à liberdade de escolha. No CI, o principal objectivo é esclarecer o doente para que faça a sua escolha consciente.

É importante a participação do utente em optar por aquilo que em consonância com o médico, acha que é melhor para ele. Assim, através da sua livre escolha, é respeitada a sua autonomia.

A família deve ser envolvida em todo este processo, embora algumas vezes, o seu papel seja de obstrução à informação destinada ao doente. Deverá ser ressalvado que a família apenas actua se o doente assim o desejar, já que a decisão será sempre dele.

O enfermeiro tem permanentemente em conta, na sua transmissão, que o doente pode reagir de diferentes formas à informação, indo da recusa à rejeição da verdade ou até à revolta.

O CI melhora as relações enfermeiro/ doente e médico/ doente, contribuindo de forma directa para a humanização e promovendo uma maior colaboração do doente.

O trabalho em equipa para os enfermeiros, é muito importante porque aumenta a empatia entre todos: médicos, enfermeiros, doentes e família.

Contrariamente, para alguns enfermeiros, em nada o CI contribui para a humanização dos cuidados até porque, na maioria dos casos, a declaração do CI não é aplicada.

3

O CONSENTIMENTO INFORMADO NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA

A) A categoria *O ACESSO À INFORMAÇÃO POR PARTE DA FAMÍLIA* é extremamente importante de modo a permitir às famílias um esclarecimento pelo médico acerca do estado de saúde e evolução do seu familiar. Porém, na maioria dos casos, as famílias obtiveram a informação através do próprio doente, outros através dos livros e da Internet.

No caso de uma doença grave, os familiares atestam a necessidade de serem informados, para poderem ajudar o doente. Revelam a importância da relação médico/ doente e de uma boa comunicação entre o médico, o doente, e a família.

O facto de a equipa médica os esclarecer de forma eficaz traz vantagens para o próprio doente e para a família, fazendo com que a reacção do doente à doença seja minorada e contribuindo para a aceitação da doença por parte do doente.

A maioria das famílias acha que se deve informar em caso de um diagnóstico grave, devendo ser tomado em conta o tipo de doente a que se destina essa informação, a sua individualidade e sua reacção à doença.

Porém, há familiares que defendem a ideia de que os doentes não devem ter acesso à verdade, sendo eles que tentam obstruir essa informação.

Referem também a ausência de comunicação por parte da equipa médica e todo o desespero e angústia provocada por esse facto, agravada ainda quando sendo informados, não compreendem a linguagem utilizada. Perante estas situações, a família manifesta falta de confiança na equipa médica.

A maioria dos familiares aceita a decisão dos seus doentes, contrariamente a outros que assumem uma atitude autoritária perante a resolução do próprio doente.

B) A categoria *SIGNIFICADO DO CI PARA A FAMÍLIA* está interligada com a informação, com o esclarecer o doente e família durante todo o processo de doença. É mencionada a importância do acompanhamento do médico, baseado numa relação de confiança.

Todavia, alguns referem não ter tido acesso à informação e revelam a sua angústia, considerando que o doente tem o direito à informação sobre o seu diagnóstico e tratamento. A família vê como muito útil a informação e o CI no sentido em que ajuda a compreender a situação presente em que o doente se encontra.

Revelam ainda uma certa dualidade de sentimentos em relação ao acesso à informação, devido ao sofrimento que isso origina .

Mencionam a importância da decisão do doente em colaborar respeitando o princípio de autonomia deste.

Há famílias que tomam de forma autoritária a decisão sobre o acto cirúrgico. Porém, a grande maioria defende a livre escolha do doente em aceitar ou não o tratamento.

C) Categoria *PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA DECISÃO MÉDICA*: para a família, a decisão deve ser do doente, considerando contudo importante terem acesso à informação para poderem auxiliar o doente na sua tomada de decisão.

Outros entrevistados declararam que não têm o direito de interferir, pertencendo a decisão por inteiro ao doente. Há também familiares que defendem que a decisão é médica e não do doente ou da família. Existe um quase pedido de paternalismo médico, como forma de obterem segurança.

Pensam que a relação médico/ doente deve estar assente numa afinidade de confiança. Para muitas das famílias é importante serem esclarecidos de modo a poderem ajudar e saberem como actuar após a alta concedida ao utente.

A equipa de saúde é entendida como sendo constituída pelos médicos e os enfermeiros, cuja função é ajudar a família e os doentes.

D) Na categoria *PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CI E NA INFORMAÇÃO*, as famílias consideram que os enfermeiros podem participar na informação e no CI, mas de uma forma restrita e limitada ao médico, sem qualquer autonomia, vendo esta participação como complicada.

Outros aceitam a participação do enfermeiro inserida num trabalho em equipa com o médico em que ambos estejam em consonância. Mesmo assim, a família acha que a informação deve ser dada única e exclusivamente pelo médico.

E) Na categoria *QUEM DEVE INFORMAR E PEDIR O CI*, a família opina ser dever do médico pedir o CI e informar o doente e os familiares, pois consideram importante a relação médico/ doente, a qual deve estar assente numa relação de confiança. Mencionam a importância do CI nos cuidados ao doente, onde deve haver um trabalho em equipa do enfermeiro e do médico.

A família tem a visão da medicina como algo sagrado e consideram ser o objectivo da equipa médica esclarecer o doente e família.

O CI NA PERSPECTIVA DO DOENTE

A) Na categoria *ACESSO DO DOENTE À INFORMAÇÃO*, a maioria dos doentes mostra a necessidade de ser esclarecida sobre a sua doença e eventual cirurgia. A informação tem de estar baseada numa relação de verdade e transparência.

Alguns queixam-se de não terem tido acesso à informação, e mostram o seu desagrado. Outros afirmam que foram informados mas não entenderam a informação dada pelo médico, o que no fundo, se torna o mesmo que não ser informado.

Revelam a necessidade de terem acesso ao diagnóstico, mesmo quando grave, para poderem colaborar e organizar a sua vida.

Fazem uma ressalva, que é a preparação prévia à informação, devendo-se ter em conta o tipo de doente, e a sua forma de reagir, havendo doentes que põem em prática o seu direito de se recusarem a serem informados.

Os doentes mencionam a importância da relação médico/ doente, baseada na total confiança e utilizam até o termo “*entrega*” – “*entreguei-me nas mãos dele*” –, mostrando uma certa necessidade de protecção do médico. Aham que esta relação tem de ser personalizada, em que o médico conhece muito bem o seu doente, utilizando inclusive o termo “*sinta o doente*”.

A maioria dos doentes considera que deve ter acesso à informação, como também deve participar da decisão médica. Mencionam a escolha do hospital privado para ter acesso à informação.

Concordam que a família deve também ter acesso a toda a informação, mas salvaguardam a soberania sobre a decisão.

Há doentes que mencionam esta relação com um grande *deficit* de comunicação, como algo difícil, ou que não correu bem, mencionando mesmo condutas menos próprias por parte do médico.

B) Na categoria *SIGNIFICADO*, os doentes referem a importância de terem acesso à informação, queixando-se quando não a têm e revelando reacções à ausência de informação tais como confusão e nervosismo.

A informação para eles, contribuiu para a sua qualidade de vida, tendo permitido organizá-la, e consideram mesmo a informação um direito.

O CI é útil e ajuda o doente a entender a doença.

Alguns doentes consideram que a relação médico/ doente se tornou actualmente muito mecanizada e pouco humanizada, e queixam-se de não terem tido, por parte do médico, uma atenção adequada, afirmando mesmo que “*despejaram a informação*”.

Outros afirmam o contrário acerca da sua relação com o médico, considerando esta humanizada, baseada numa boa comunicação, assente na confiança, e que lhes dá esperança no decurso da sua doença, considerando mesmo o médico como um “*amigo*”. Referem terem sido muito bem cuidados pela equipa de saúde - médicos e enfermeiros, de uma forma humanizada.

Na participação do doente, há o aceitar ou não tratamento, isto é, a sua livre escolha e o respeito pela sua autonomia, podendo mesmo recusar a cirurgia se não estiver de acordo.

C) Na categoria PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NA INFORMAÇÃO E NO CI, os doentes concordam com a participação dos enfermeiros na informação e no CI, e consideram importante a sua colaboração no esclarecimento e na ajuda a compreender a informação sempre que necessário.

A relação enfermeiro/doente baseia-se no apoio que aquele dá ao seu doente no decurso do seu internamento, devido ao maior contacto, e no facto de os enfermeiros servirem muitas vezes de tradutores da informação do médico, transpondo-a para uma linguagem mais acessível para o doente.

Porém, nem todos os doentes partilham desta opinião, afirmando que os enfermeiros estão sob a dependência médica e que só o poderão fazer depois do médico e não de forma autónoma.

Outros chegam mesmo a afirmar que os enfermeiros não só não devem participar no CI, como também não devem informar.

Existe ainda um grupo de doentes que se queixa desta relação, definindo-a como mecanizada e pouco próxima do doente.

Para alguns doentes, os enfermeiros fazem parte de uma equipa de saúde que os apoia durante o internamento.

D) Na categoria PARTICIPAÇÃO DO DOENTE NA DECISÃO CLÍNICA, os doentes gostariam de participar na decisão clínica, dando a sua autorização antes de cada acto médico, e muitos revelam que já o fazem. Ter acesso à informação para se poder participar na decisão clínica é, para muitos doentes, muito importante, mas também implica alguma angústia.

Há doentes que ao participarem na decisão clínica, recusam o acto médico ou tratamento.. Alguns recusam-se a participar na decisão clínica, vendo-a como algo que não lhes diz respeito, cabendo ao médico esta decisão.

É muito importante a comunicação do médico com o doente, desde a conversa até ao tratamento. Esta relação é baseada na confiança, numa necessidade de protecção dada pelo médico.

Outros doentes revelam existir um *deficit* na relação médico/ doente, devido a uma alteração dos tempos actuais face a costumes mais antigos.

E) Na categoria QUEM DEVE INFORMAR E PEDIR O CI, para a maioria dos doentes, quem deve informar e pedir o CI deverá ser o médico, devido à relação que existe entre o médico e o doente, baseada na confiança.

A informação para o doente é de extrema importância no esclarecimento da sua doença e do respectivo tratamento.

Para alguns doentes, esta informação e o CI poderá ser transmitida em conjunto pelos médicos e enfermeiros num trabalho em equipa.

2 - HOSPITAL PÚBLICO

5

O CI NA PERSPECTIVA MÉDICA

A) Na categoria *DIFICULDADES DA EQUIPA MÉDICA*, os inquiridos consideram que a relação médico/ doente é baseada numa boa comunicação, envolvendo sensibilidade, paciência e disponibilidade. Para que esta relação se desenvolva é necessário tempo, espaço e privacidade de forma a ser mantida uma eficaz comunicação com o doente.

Na transmissão da informação, a família aparece muitas vezes como um obstáculo e não como um aliado. Nos casos de doentes com diagnóstico grave é sempre essencial envolver a família, para haver uma melhor colaboração, razão pela qual os familiares devem estar bem informados sobre a situação do doente.

Os médicos têm como principal objectivo esclarecer o doente sobre os procedimentos que vão realizar, expondo os riscos, as possíveis complicações e também os benefícios que possam daí advir. A informação é transmitida de modo a adequar a linguagem ao doente e ao seu nível sociocultural. É comum existirem dificuldades no processo de comunicação, havendo necessidade de simplificar a linguagem para ser bem entendida.

Os entrevistados consideram que lidar com a informação se torna um processo complexo quando o médico a transmite a um doente com um diagnóstico grave, sendo muitas vezes difícil transmitir a verdade, tornando-se esta complicada tanto para o médico como para o doente, Assumem que a informação tem limites, devendo ter-se em conta o paciente e como este reage ao que lhe é transmitido - o doente pode recusar a informação e não aceitar a verdade. Alguns médicos confessam não darem a informação em situações em que estes casos possam ocorrer.

Depende também do tipo de doente, se está debilitado, e das suas condições físicas e psicológicas. É preciso ter em conta as possíveis reacções dos pacientes, que vão desde a aceitação até ao caso mais dramático de suicídio.

É de ressaltar que a grande maioria dos médicos perante os doentes com diagnóstico grave, informa e diz a verdade, adequando-a ao doente e à situação. Consideram que o doente tem o direito à informação, havendo um respeito pela autonomia do doente em aceitar ou não o tratamento proposto.

Certos médicos defendem a ideia de que a nossa cultura não é apropriada para informar os doentes.

O médico perante a informação a um doente com um diagnóstico grave, tem o sentimento de impotência, mas ao mesmo tempo a necessidade de ajudar, de minorar o sofrimento e de poder contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida.

Referem dificuldades, mas sobretudo entre a teoria do CI e a prática isto é, a execução da mesma. Outra dificuldade é que o CI não está instituído no hospital, embora o considerem muito importante e por isso, prioritária a sua implementação.

As dificuldades residem nos próprios médicos e na carga de trabalho que os torna pouco disponíveis para a realização do CI.

A informação deve ser adequada ao nível social, cultural e económico do doente, tendo em conta responsabilidades do foro económico, constituindo estes factores também um obstáculo, tanto para realização do CI, como para a transmissão da informação ao doente. Defendem alguns médicos a ideia de que o povo português tem limitações intelectuais e culturais.

Afirmam outros não terem dificuldades na realização do CI, alegando ser uma questão de hábito e de prática. A declaração do CI existe como um papel a ser assinado pelos doentes, onde está explicitado tudo o que lhes pode acontecer.

B) Na categoria *O CI PODE CONTRIBUIR PARA A HUMANIZAÇÃO E QUALIDADE NA PRÁTICA CLÍNICA*, referiram que existe relação entre o CI, a qualidade e a humanização na prática clínica. Embora muitas vezes esta relação seja de uma certa dualidade e dúvida, o médico alega que podem surgir situações inesperadas durante a operação e que não foram contempladas no CI.

Deve-se informar o doente, esclarecendo-o e dizendo toda a verdade. Porém, há doentes que recusam a informação que lhes é dada. Alguns médicos não informam os seus doentes, sobretudo quando são situações com diagnóstico grave ou reservado.

Para alguns médicos, não existe relação entre o CI e a qualidade e humanização na prática clínica, considerando esta muito mais abrangente. Defendem a ideia de que pode não haver CI mas humanização e qualidade existirem.

A relação médica/ doente algumas vezes é norteadas por actuações médicas de paternalismo, ignorando a vontade e autonomia de decisão do doente. Alguns chegam a considerar o CI como um obstáculo à relação médico/ doente na medida em que retira autonomia ao médico.

A declaração do CI pode contribuir para a desconfiança de certos doentes menos esclarecidos, que vêem o CI como um descartar de responsabilidades médicas.

Para alguns médicos, os doentes visam apenas obter boas instalações, descurando o resto, que são os cuidados prestados.

A maioria, contrariamente ao que foi referido, considera que o CI melhora a comunicação entre o médico, o doente e também a família. É importante o doente participar na decisão clínica, como também na escolha do seu médico/cirurgião.

C) Na categoria *PARTICIPAÇÃO DOS ENFERMEIROS NA INFORMAÇÃO E NO CI*, muitos médicos concordam com a participação da enfermagem na informação e no CI mas somente no âmbito de enfermagem (cuidados de enfermagem), fazendo uma separação entre a área médica e a de enfermagem.

Outros acham que os enfermeiros podem ter uma participação mais directa e abrangente e, embora concordem com a participação dos enfermeiros no CI e na informação, habitualmente o CI é realizado na ausência dos enfermeiros.

Há médicos que acham que a participação dos enfermeiros não é fácil, devido às trocas de turno. Os médicos consideram que devem ser eles a realizar o CI e a informar os seus doentes, tratando-se de uma área totalmente do foro médico em que os enfermeiros não devem interferir, vendo o CI e a informação integrados na relação médico/ doente.

O CI e a informação devem ser realizados num trabalho em equipa entre o médico e o enfermeiro, fazendo uma ressalva: quando não têm tempo a enfermeira pode informar. Isto torna-se contraditório e ambíguo.

Há médicos que não concordam com a participação dos enfermeiros na informação e no CI, restringindo-lhes a autonomia.

D) Na categoria *SIGNIFICADO*, o médico tem como seu principal objectivo no CI a informação e esclarecimento do doente sobre a sua situação de doença e do acto médico que irá realizar, explicando os seus riscos, complicações e benefícios para o doente. Este toma a livre decisão de autorizar ou não o acto médico que lhe é proposto, sendo assim respeitada a sua vontade.

A relação médica/ doente é influenciada pelo nível socioeconómico e cultural do doente, quer através da explicação que lhe é fornecida até à forma e conteúdo desta. É necessário que nesta relação haja uma boa comunicação, que o médico adapte a sua linguagem e a personalize ao doente.

Os inquiridos consideram a declaração do CI complicada e de difícil aplicação.

E) Na categoria *OBRIGATORIEDADE DO CONSENTIMENTO INFORMADO*, os médicos referem que há situações onde não é possível obter o CI de que são exemplos, os doentes vindos da urgência, os doentes diminuídos, e os casos em que é necessário solicitar a autorização da família.

Na relação médico/ doente, revelam as dificuldades que estão relacionadas com a transmissão de diagnósticos graves e receio das reacções negativas. Esta relação é baseada na verdade e nas informações correctas, embora refiram que tem de haver limites nessas mesmas informações. Existe ainda na relação médico/ doente manifestações de paternalismo por parte dos médicos. Consideram estes obrigatório esclarecer e informar os doentes durante o seu processo de tratamento. Outros levantam dúvidas sobre a obrigatoriedade do CI, mostrando-se confusos quando inquiridos. Alguns médicos são da opinião de que o CI não deveria ser obrigatório. Para os médicos, os doentes devem intervir no processo de decisão e autorizar ou não o tratamento, depois de devidamente esclarecidos.

F) Na categoria *QUEM DEVE APLICAR O CI*, os médicos referem que quem deve pedir o CI são os médicos responsáveis pelo próprio tratamento do doente, afirmando mesmo, numa atitude de paternalismo, a sua exclusividade sobre o CI e a informação.

Tem de haver uma boa relação entre o médico e o doente, sendo os médicos apologistas de uma boa comunicação. A informação é um aspecto de primordial importância no esclarecimento ao doente.

A equipa deve ser composta por vários especialistas e também por enfermeiros que devem informar e obter o CI do doente.

Alguns médicos defendem a ideia de que todo o processo burocrático deve ser realizado pelos administrativos, levando a declaração do CI ao doente para assinar, e acreditam que os enfermeiros não devem participar no processo de CI.

6

O CI NA PERSPECTIVA DE ENFERMAGEM

A) Na categoria *TIPO DE PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CI E NA INFORMAÇÃO*, os enfermeiros acham que há duas áreas independentes, a área médica e a área de enfermagem, e que não se devem imiscuir.

Há limitações na autonomia da enfermagem quanto à informação que poderá ser transmitida ao doente, já que está condicionada pela informação que o próprio médico transmitiu ou deseja transmitir.

Alguns enfermeiros consideram desnecessária a presença do enfermeiro na assinatura, no acto formal do CI.

O papel principal do enfermeiro no CI é o de apoiar o doente e a família na comunicação com o doente, servindo muitas vezes de "*tradutor*" do que o médico transmitiu ao utente.

A relação enfermeiro/ doente passa pelos seguintes factores:

- Comunicação;
- Apoio dado ao doente de forma a ajudá-lo a exprimir as suas angústias para suprimir a dor;
- Proximidade entre os enfermeiros e os doentes, acompanhando-os as 24 horas do dia.

Muitos enfermeiros afirmam de forma peremptória que não esclarecem nem informam os doentes quando estão perante um diagnóstico grave, defendendo a ideia de que não é da responsabilidade deles. Têm uma atitude defensiva, tentando compreender primeiro o que o doente sabe e o que o médico transmitiu para depois, na maioria dos casos, tão pouco esclarecerem. Passam a informação para o médico "*empurrando-lhes*" as situações, em muitos casos.

A informação e o esclarecer de dúvidas a um doente com diagnóstico grave são complicados para o doente com a doença e também para o profissional que o acompanha.

Os enfermeiros chegam a ter dúvidas acerca da actuação do enfermeiro no CI, não sabendo qual o seu papel e o que podem fazer. Acrescidas à dificuldade de lidar e actuar com doentes com diagnóstico grave, há imensas dúvidas quanto à própria actuação dos enfermeiros na informação e no CI.

Os inquiridos manifestam muitas vezes as dificuldades com que se deparam quando os médicos não informam os doentes, sobretudo nos casos de diagnóstico grave. Acreditam que, mesmo quando os doentes não são informados, estes têm um sexto sentido que os "*informa*" da realidade.

A totalidade dos enfermeiros considera que quem deve pedir o CI e informar o doente é o médico, por ser ele o responsável pelo tratamento ou acto cirúrgico que vai realizar.

Há enfermeiros que defendem a ideia de um trabalho em equipa entre os médicos, os enfermeiros, a família e o doente, de forma a melhor informar, aplicar o CI, e cuidar do doente em todas as suas vertentes. O enfermeiro serve frequentemente de ponte de ligação entre o médico e o doente.

Algumas vezes os doentes confrontam a equipa de saúde para saber se o estão a informar bem e a dizer toda a verdade.

Um número dos entrevistados Considera que o CI deve ser um documento escrito que depois de informado, o doente deve assinar. Os enfermeiros referem que o CI não é realizado nos serviços onde trabalham, chegando mesmo a afirmar que, no seu verdadeiro sentido, não existe.

Aqui é referido o direito da não-participação do doente e da recusa ao tratamento proposto, que o profissional de saúde tem de aceitar e compreender.

B) Na categoria *O CI CONTRIBUI PARA A HUMANIZAÇÃO*, os inquiridos referiram que este é um dos factores que contribui para a humanização dos cuidados de enfermagem.

Porém, verbalizam que existem obstáculos relacionados com os tipos de doentes, tais como os idosos, e a sua compreensão. Defendem a ideia de que só há humanização se o utente for informado, não havendo possibilidade de outra forma.

Certos enfermeiros assumem que não informam os doentes em casos de um diagnóstico grave. Alguns chegam mesmo a afirmar que fornecem toda a informação de uma forma velada. Outros pelo contrário, afirmam ser eles que no fundo fazem e levam a cabo o CI e toda a transmissão da informação. Porém, consideram ter uma participação no CI limitada e dependente do médico, não sendo autónoma.

É mencionada a importância da relação enfermeiro/ doente na humanização dos cuidados, na boa comunicação que se deve desenvolver devido ao contacto que se estabelece nas 24 horas, e o quão gratificante é para as duas partes, considerando que melhora a relação enfermeiro/ doente.

É ainda referenciada a importância de envolver a família na informação e no CI como forma de humanização dos cuidados.

Os enfermeiros acreditam que o doente com diagnóstico grave tem um sexto sentido e, mesmo não informado, sabe o que tem.

A declaração do CI não contribui para a humanização da forma como é realizada nos hospitais, afirmando-se mesmo que na maioria dos casos, não é realizada. Os enfermeiros consideram que há obstáculos à realização do CI, tais como a falta de recursos humanos e a desmotivação.

A ausência de informação por parte da equipa médica cria mal-estar e situações de extrema gravidade nos doentes, acrescentando a isso o factor idade. Além do mais, tal implica dificuldades no trabalho da enfermagem para o ensino, para alta e a preparação no pré-operatório. A ausência de informação da equipa médica não só cria sentimentos de angústia ao doente, como ao enfermeiro que dele cuida. Consideram que a informação é um direito que o doente tem.

Os inquiridos mencionam que em alguns casos, há uma má relação médico/ doente e uma total ausência de informação para o doente, o que dificulta os cuidados de enfermagem.

Referem a importância da participação do doente como pessoa autónoma que depois de esclarecida, decide o que quer fazer e autoriza ou não o tratamento proposto.

O trabalho em equipa é considerado muito importante para a informação adequada ao doente e para a correcta realização do CI. Mas existem obstáculos que são a dificuldade de trabalhar em equipa com os médicos.

Alguns enfermeiros opinam que o hospital é um meio causador de sofrimento para o doente.

C) Na categoria *SIGNIFICADO*, os inquiridos consideram que os doentes devem ser informados e esclarecidos sobre a sua situação de doença.

Em muitos casos, há uma total ausência de informação por parte dos médicos aos seus doentes.

Existem claras dificuldades entre a teoria do CI e a prática da mesma, sendo esta muitas vezes descurada ou até nem realizada. Esta declaração do CI é um documento que deverá ser assinado pelo doente de forma a deixar expressa a sua autorização ao procedimento ou actuação que vai ser realizada. O doente participa na decisão clínica, autorizando ou não que lhe seja realizado determinado acto, depois de ser esclarecido e informado.

O CI é considerado por alguns enfermeiros um facilitador da relação médico/ doente, promovendo o diálogo entre ambos.

D) Na categoria *QUEM DEVE APLICAR O CI*, os enfermeiros referem que este deve ser aplicado pelos médicos, tendo em conta que são eles quem realiza os actos e esclarece e informa os seus doentes sobre o que vão realizar. Os enfermeiros respondem somente pelos actos de enfermagem que vão aplicar ao doente.

Consideram a declaração do CI um documento escrito, em que o doente autoriza e aceita o tratamento proposto, havendo um acordo com o doente, tanto da parte médica, como de enfermagem.

7

O CONSENTIMENTO INFORMADO NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA

A) Na categoria *SIGNIFICADO*, a grande maioria das famílias considera de extrema importância a informação sobre a doença dos seus familiares. A explicação, segundo eles, deve ser de fácil compreensão e directa. Demonstram satisfação em obter a informação isto é, em terem sido informados. Consideram que a informação que a equipa médica lhes dá tem limites, mas desconhecem a razão desses mesmos limites.

Revelam também que há dificuldades na comunicação, na transmissão da informação por parte da equipa médica: esta nunca é directa e objectiva, deixando as famílias frequentemente mal informadas ou em muitos casos, numa total ausência de informação.

Os familiares reconhecem que houve uma evolução no tempo; antigamente não lhes era dado qualquer tipo de informação. A família tenta, na maioria dos casos, obter informações pelas enfermeiras, muitas vezes por não compreenderem a linguagem do médico ou até devido à ausência de informação.

As vantagens da informação, segundo a família, são variadas, tranquilizando e ajudando tanto a família como o doente. Consideram de extrema importância o diálogo com o médico e a ajuda que daí advém, que é de grande utilidade para a compreensão da doença. Porém, esta relação nem sempre é fácil: em situações de diagnóstico grave, a equipa médica “empurra” a informação de uns para os outros.

Em alguns casos, as famílias chegam a acusar a dificuldade de comunicação e de relação do médico com a família, afirmando que só com persistência conseguem saber o que se passa com o seu familiar. Outros falam da boa comunicação que tiveram com a equipa médica.

Existe ainda os que demonstram um total desinteresse em participar, desejando apenas a resolução do problema.

B) Segundo a categoria *ACESSO DA FAMÍLIA À INFORMAÇÃO*, os familiares são informados da doença pelo médico que lhes explica a cirurgia que lhes irá realizar, se tal for o caso.

Há inquiridos que defendem a ideia de que o doente deve ser informado do que tem e não se lhe deve ocultar as informações. A informação, tanto dada ao doente, como à família, é uma ajuda para o tratamento e cura do doente. Referem que tiveram acesso à informação através de uma conversa calma e em que todo o esclarecimento foi dado de forma cuidadosa. Outros familiares afirmam que não tiveram acesso à informação e que andam à procura de quem os informe. Consideram que informar um doente quando este tem um diagnóstico grave é complicado e difícil, até mesmo para eles. De igual modo, chegam mesmo a afirmar que os doentes não devem ser informados, embora a família deva ser sempre informada. Há familiares que acham que a decisão é exclusiva do doente, outros havendo que pensam exactamente o contrário – a decisão é exclusiva dos familiares. Temem pela reacção do doente à informação num diagnóstico grave, dependendo do tipo de personalidade do doente.

Alguns entrevistados mostram uma relação de desconfiança em relação à actuação do médico, pondo mesmo em dúvida se a cirurgia seria necessária.

O local onde é transmitida a informação técnica sobre a doença dos seus familiares varia entre a urgência e as consultas, locais onde habitualmente os médicos fazem os diagnósticos e informam os doentes e seus familiares.

C) Na categoria *PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA DECISÃO CLÍNICA*, a família considera extremamente importante participar na decisão médica, sobretudo para obter informações sobre a doença que até aqui não conseguiu. Outros familiares são da opinião contrária, acham que não

devem participar num assunto que não percebem e não querem interferir, alegando que não têm conhecimentos para poderem decidir da melhor forma.

Revelam a importância da relação médico/doente e dizem que a boa comunicação ajudou o doente e eles próprios a enfrentarem a doença; há uma confiança total no médico e quase um pedido de “*paternalismo*”, havendo quase uma entrega total ao médico. Outros referem ter dificuldades nesta relação, não entendem o que o médico lhes transmite.

Os familiares desejam estar esclarecidos sobre a situação de doença que está a ocorrer, para poderem ajudar o paciente e estarem preparados aquando da alta.

D) Na categoria *PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CI E NA INFORMAÇÃO*, as famílias concordam com a participação do enfermeiro, considerando a actuação deste para com a família e os doentes muito importante, tanto na preparação da alta, como em todo o acompanhamento durante o internamento.

Contudo, acham que esta participação deve ser limitada, dependente dos médicos, e que há enfermeiras que não deveriam informar devido ao tipo de personalidade do doente, tendo muitas vezes dúvidas se podem dar qualquer tipo de informação. Outros consideram fundamental a participação do enfermeiro no CI e na informação devido ao facto de ser o profissional que está mais em contacto com o doente, (as 24 horas do dia) e que estabelece uma relação de maior intimidade com ele.

A imagem que alguns familiares têm do enfermeiro é de alguém que “*serve*” os médicos.

Há familiares que referem não quererem ser informados pelo enfermeiro mas sim pelo médico, não mostrando qualquer tipo de interesse na informação fornecida por aquele.

E) Na categoria *QUEM DEVE INFORMAR E PEDIR O CI*, para a família são os médicos quem deve informar e pedir o CI, porque são os profissionais que os informam do que vai acontecer e os esclarecem sobre o desenrolar da doença. Consideram que os médicos têm a obrigação de os informar e que há o direito à informação. Contudo, pensam que esta informação nem sempre é dada, tendo que andar à procura do médico.

Alguns inquiridos reconhecem a importância de haver um trabalho em equipa entre os médicos e enfermeiros, contribuindo para a melhoria da informação e dos cuidados prestados.

Consideram que os enfermeiros também podem dar informações, mas estão sempre dependentes da “*autorização*” médica.

São também da opinião de que os auxiliares de acção médica também podem dar informações acerca do seu familiar.

O CONSENTIMENTO INFORMADO NA PERSPECTIVA DO DOENTE

A) Na categoria *ACESSO DO DOENTE À INFORMAÇÃO*, os entrevistados concordam com importância da informação no CI e em todo o processo da doença.

A maioria acha que deve ser informada pelo médico, considerando mesmo um direito. Outros recusam ser informados, não querendo saber da sua situação de doença.

Há várias reacções dos doentes à informação, normalmente em diagnósticos graves, onde são verbalizados sentimentos de sofrimento e dor. Na maioria dos casos, mostram a aceitação perante a informação e consideram a doença como algo inevitável. Outros doentes não querem aceitar a situação e revelam um sentimento de revolta. Há doentes que aguardam pacientemente que os informem, referindo uma total ausência de informação, mesmo após a cirurgia realizada. A informação dada pelo médico ao doente é assente numa relação médico/ doente, onde a boa comunicação tem uma grande contribuição para o doente no entendimento da sua doença, trazendo-lhe tranquilidade.

Porém, nem sempre esta comunicação é realizada da melhor forma e o doente queixa-se de não ter entendido o que o médico lhe explicou. Por vezes é transmitida, pela parte do doente, desconfiança, receio e até medo, havendo uma relação de conflito com o médico que o acompanha.

B) Na categoria *SIGNIFICADO*, referem que o seu significado assenta sobretudo no conceito da informação dada ao doente e família, e na utilidade desta informação e do CI para o doente no decurso da doença.

A informação é de extrema importância para o doente porque o esclarece sobre a situação de doença, o que vai ser realizado, o que deverá fazer, tendo sobretudo um efeito de trazer ao doente a calma e tranquilidade tão necessárias. Muitos doentes consideram que esta informação é um direito que têm. Porém, infelizmente, esta informação não é fornecida, e assim surgem todas as reacções do doente à não informação, que vão desde a angústia ao desespero.

Os doentes têm várias reacções à informação como a não-aceitação da doença e consequente negação de todo o processo, embora haja outros que afirmam aceitar a doença.

Para o doente, o CI e a informação têm um grande valor para a compreensão da sua doença. O CI, para muitos doentes, ajuda durante todo processo da doença a reagir perante as suas adversidades. Porém, há doentes que verbalizam não entender a informação dada pelos médicos. Outros doentes são de opinião contrária e consideram que o CI não os ajudou em nada.

Toda a relação médico/ doente está assente numa boa comunicação e numa relação de confiança. Esta relação é também considerada pelos doentes como uma relação de ajuda e surgem sentimentos de gratidão verbalizados pelo doente. Ainda assim, há várias dificuldades

que surgem devido ao nível sociocultural e económico dos doentes que muitas vezes são analfabetos, sendo todo o decorrer da informação e do CI afectado por isso.

A participação do doente é assente no seu consentimento para o acto que o médico irá realizar.

Mas nem sempre o doente quer participar e intervir, deixando a decisão a cargo do médico.

A noção de equipa de saúde é, para muitos doentes, tranquilizadora e traz-lhes benefícios para os seus bons cuidados.

C) Na categoria *PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NA INFORMAÇÃO E NO CI*, os doentes concordam com esta participação.

Acham que esta participação deveria passar por um acordo entre eles e os membros da equipa de saúde.

Os doentes sentem necessidade de protecção por parte dos médicos, associada a uma relação de total confiança. Outros, pelo contrário, não concordam com a participação dos enfermeiros, nem na informação nem no CI.

Contudo, queixam-se de não serem informados pelos médicos sobre a situação da doença que têm.

Há reacções negativas à informação, mas sobretudo à doença.

D) Na categoria *PARTICIPAÇÃO DO DOENTE NA DECISÃO MÉDICA*, a maioria dos doentes refere o desejo de participar na decisão médica, mencionando mesmo um acordo entre os doentes e os médicos acerca da decisão que irá ser tomada.

Outros, por seu lado, são de opinião totalmente contrária e não querem participar na decisão médica. Há doentes que quase apelam à atitude paternalista e de protecção médica, devido a uma atitude de extrema confiança que neles depositam.

Os entrevistados reconhecem a importância da necessidade de serem esclarecidos sobre a sua situação de doença, e queixam-se da não-informação em alguns casos.

E) Na categoria *QUEM DEVE INFORMAR E APLICAR O CI*, os doentes referem ser os médicos os responsáveis por esta tarefa. Acham que devem ser informados e esclarecidos pelo médico acerca da sua doença, embora os próprios doentes se queixem da falta de assistência médica.

Os doentes referem a importância da relação médico/ doente no atendimento e na transmissão da informação, mencionando os benefícios de uma boa relação assente na confiança.

Há a necessidade de envolver a família na informação dada ao doente para o ajudar da melhor forma.

Para alguns doentes, esta informação e CI deve ser dada em conjunto num trabalho em equipa com os médicos e os enfermeiros. Há doentes que referem que pode ser a enfermeira a dar a informação e que o faz de uma forma eficaz.

3 – Comparação entre o hospital privado e o hospital público

As análises dos dados foram realizadas separadamente – o público do privado – com o objectivo de os “*não conspurcar*” e ter uma resposta o mais fidedigna possível.

Curiosamente, ao contrário do que seria de esperar, as semelhanças são totalmente coincidentes, não havendo diferenças significativas.

Fazendo um estudo comparativo em relação à população estudada nos dois hospitais (público e privado) são de salientar os seguintes aspectos:

Em relação aos médicos:

- ◆ Tanto no hospital público (60%) como no privado (80%) a maior percentagem de médicos é do sexo masculino.
- ◆ A faixa etária no hospital público é mais jovem do que no privado, situando-se a maior percentagem no público (40%) na faixa dos 41 – 50, e no privado (33%), entre os 51 e os 60 anos.
- ◆ Quanto ao número de anos de experiência profissional, os números do público e do privado são coincidentes, sendo a maior incidência dos 21 aos 30 anos de experiência (33%).
- ◆ Sobre a especialidade, a maior incidência é a Cirurgia geral (66%) nos dois hospitais.

Em relação aos enfermeiros

- ◆ A maior percentagem em ambos os hospitais é do sexo feminino, atingindo no público os 100%.
- ◆ Em relação à idade, há uma faixa etária mais jovem no público, embora seja coincidente com o hospital privado, dos 31 aos 40 anos.
- ◆ No que refere ao tempo de experiência profissional, verifica-se que no hospital privado existe uma maior homogeneidade na sua distribuição, sendo a maior percentagem entre os 6 e os 10 anos, e dos 11 aos 15 anos de experiência, enquanto que no público a maior incidência é entre 1 e 5 anos.

- ◆ Existe um leque mais diversificado de categorias profissionais de enfermagem no hospital privado do que no público, com maior incidência na categoria de enfermeira graduada.

Em relação aos doentes:

- ◆ A maior percentagem de doentes no hospital público pertence ao sexo feminino, havendo no privado uma percentagem aproximada.
- ◆ Enquanto que no público a maior incidência é na faixa etária dos 41 – 50, no privado é dos 71 – 81 anos.
- ◆ Relativamente à escolaridade, existe uma grande percentagem de utentes analfabetos (60%) no serviço público, em contraste com a maioria de licenciados no hospital privado.
- ◆ Tanto no público como no privado a maior incidência profissional é reformado e doméstica.
- ◆ As neoplasias (público – 46%; privado – 40%) são o diagnóstico mais comum.

Em relação às famílias:

- ◆ A maior percentagem no hospital público é feminina, enquanto que no privado os dois sexos tem igual percentagem.
- ◆ Em ambos os cenários a faixa etária abrange entre os 31 e os 40 anos.
- ◆ Também a escolaridade é semelhante, sendo o ensino secundário predominante.
- ◆ Aposentado é a profissão mais comum nos dois hospitais.
- ◆ Em relação ao grau de parentesco mais preponderante, no hospital privado é “cônjuge”, e no público é “filho”.

Cruzando os dados do público com o privado, irei analisar cada unidade temática e cada categoria:

1 – O CI NA PERSPECTIVA MÉDICA

A. Categoria: Dificuldades

Em ambos os hospitais as dificuldades residem na relação médico / doente, baseada na comunicação e na forma como a informação é transmitida.

B. Categoria: O CI pode contribuir para a humanização da prática clínica

Continuam a dar ênfase à relação médico/ doente e à declaração do CI como uma forma de protecção legal.

Há um notório paternalismo médico no público , enquanto que no privado há uma maior tónica na decisão e participação do doente na decisão.

C. Categoria: Participação dos enfermeiros na informação e no CI.

Dão muito valor à participação destes, inserida num trabalho de equipa, mas na área restrita que são os cuidados de enfermagem. Nenhum concede autonomia aos enfermeiros nas suas decisões.

D. Categoria: Significado

O CI está directamente relacionado com a informação e com a relação médico/ doente.

E. Categoria: Obrigatoriedade

Está assente numa forte componente legal e de protecção. Mas ambos põe em causa esta e existe uma certa confusão sobre quando e em que casos não se pode pedir o CI. Embora o considerem importante, o CI não é praticado nos hospitais.

F. Categoria: Quem deve pedir o CI

Para ambos os hospitais, deve ser o médico. Embora considerem importante o trabalho em equipa com a enfermagem.

2 – O CI NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM

A. Categoria: Significado

A informação deve ser dada ao doente pelo seu médico. Dão grande ênfase ao papel do enfermeiro no CI e na informação, referindo mesmo a relação enfermeiro / doente.

B. Categoria: Quem deve aplicar

Para ambos os hospitais, devem ser os médicos, separando a área médica da enfermagem.

C. Categoria: Tipo de participação do enfermeiro no CI e na informação

Esta participação é na sua maioria confusa, não dando a informação de uma forma natural, mas limitada ao médico e ao diagnóstico. Porém, consideram que esta deve ser baseada na relação enfermeiro/ doente, e na proximidade existente entre as duas partes.

D. Categoria: O CI contribui para a humanização dos cuidados

Contribui mas não de uma forma autónoma, é limitado e totalmente dependente dos médicos. Referem mesmo que os médicos não informam os seus doentes dos seus diagnósticos e / ou intervenções cirúrgicas, embora tal seja menos notório no privado.

3 – O CI NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA

A. Categoria: Acesso à informação

É de extrema importância serem informados, do que o doente tem e do que irão realizar. A família procura informação a que não tem acesso, revelando o seu desespero.

B. Categoria: Significado

Consideram de extrema importância terem acesso à informação. Revelam as dificuldades da equipa médica na comunicação e nos limites à informação.

C. Categoria: Participação da família no CI

Opinam que a decisão deve ser do doente. Consideram contudo esta participação como forma de obter informações sobre os seus familiares, já que até aí não tinham tido acesso.

D. Categoria: Participação dos enfermeiros no CI e na informação

Esta deve ser realizada de uma forma restrita e limitada à actuação do médico. Há uma notória imagem negativa dos enfermeiros agravada por dúvidas sobre a sua legitimidade para fornecerem informações.

E. Categoria: Quem deve informar

Em ambos os hospitais as famílias consideram que deve ser o médico.

4 - O C.I NA PERSPECTIVA DO DOENTE

A. Categoria: Acesso do doente à informação

Transmitem a necessidade de serem informados e esclarecidos pela equipa médica. Esta informação deverá estar assente numa relação médico / doente.

Em caso de diagnóstico grave, devem ter acesso para poderem organizar os seus projectos de vida.

B. Categoria: Significado

Assenta sobretudo no conceito da informação dada ao doente e da utilidade desta no decurso da sua doença.

C. Categoria: Participação do doente na informação e no CI

Consideram importante e concordam com a participação destes. Alguns doentes acham que não deveriam participar, somente referindo a necessidade de serem informados pelos médicos.

D. Categoria: Participação do doente na decisão clínica

Os doentes gostariam de participar na decisão clínica.

Capítulo IV – Comentários dos dados obtidos

Estou consciente de que a amostra sobre que incidiu o trabalho agora apresentado não é representativo dos médicos, enfermeiros, doentes e seus familiares. Todavia, ele é importante e tem significado, mesmo que não permita tirar conclusões sobre o que realmente se passa no universo da população portuguesa. Sendo assim, o número bastante elevado dos inquiridos e a enorme riqueza das opiniões por eles manifestadas autorizam-me a tirar conclusões e a apresentar comentários fundamentados, abstendo-me todavia de dar expressão estatística aos dados obtidos (atitude que se justifica pela não representatividade da amostra, como acima se refere).

A primeira conclusão é a de que o Consentimento Informado é um conceito geralmente conhecido pelos médicos (talvez menos pelos enfermeiros) mas não nítido ou conhecido por doentes e familiares. Mas mesmo para os profissionais de saúde trata-se mais de uma recomendação teórica do que de uma obrigação a pôr em prática sistematicamente. Há claros sinais de persistência de atitudes paternalistas ou até de oposição ao CI, bem como de não compreensão da sua natureza e alcance, reduzindo-o a uma declaração assinada, eventualmente destinada a servir de defesa legal e que até pode ser obtida por pessoal administrativo.

Em segundo lugar, há praticamente unanimidade em relação ao facto do CI pertencer à esfera da acção médica; os enfermeiros devem limitar-se a prestar informação e a obter o CI no estrito âmbito da sua actividade específica, isto é, os actos de enfermagem.

Em terceiro lugar, nem os médicos, nem os enfermeiros (e muito menos ainda os doentes e seus familiares) representam grupos homogéneos, com atitudes comuns (embora predominem algumas). Por exemplo, a maioria dos médicos está de acordo em considerar o CI como útil e valioso para humanização e também um precioso reforço da relação médico – doente, mas há quem o rejeite ou considere até contraproducente. O mesmo se passa com os restantes grupos inquiridos.

Julgo que posso concluir que em Portugal o CI nem é sempre entendido no seu significado e natureza, nem sequer é posto em prática de modo correcto ou generalizado. Dá a impressão de que se fala cada vez mais de CI e que se pratica cada vez menos!

Atrevo-me a atribuir esta situação penosa e desprestigiante à falta de um ensino ético aprofundado e consistente no ensino superior de profissionais de saúde; com efeito, só com a formação intensiva destes profissionais nos princípios dos direitos humanos e da bioética é que se poderá mudar a situação. Também para tal há que instituir os responsáveis pela gestão e administração dos estabelecimentos hospitalares, de modo a que fiquem a saber o que é o CI e que é uma obrigação moral e legal pô-lo em prática em todas as situações.

Capítulo V - Recomendações

Ao elaborar as recomendações desta dissertação faço-o com a convicção de que mais do que um encerrar, servirá sobretudo como ponto de partida para reflexões e investigações em áreas específicas. Para além da conclusão, aproveitei também para apresentar algumas propostas que me pareceram pertinentes.

Considero importante revelar que tomei uma posição assertiva nesta matéria, e que o fiz com a humildade de quem apenas está a contribuir para uma reflexão mais alargada sobre as questões éticas que o CI envolve, no sentido de sensibilizar para o desenvolvimento, consolidação de uma cultura ética enraizada.

Na realidade, o conhecimento científico constrói-se a partir de conhecimentos já adquiridos, sendo dado em devir e, como tal, nunca acabado, sempre aspirando a novos contributos. Acredito que este estudo representará um contributo credível e que constitui uma oportunidade de alargar e expandir o conhecimento sobre a ética do CI num contexto português, tema entre nós pouco tratado.

Terminado este caminho, torna-se imperioso evidenciar os aspectos mais relevantes.

O Consentimento Informado baseia-se fundamentalmente em: informação, relação doente / equipa de saúde, participação do doente, decisão clínica e no trabalho de equipa de todo o pessoal de saúde. A família também deve ser incluída como aliada e parceira dos bons cuidados. A informação deve ser adaptada ao doente, tendo em conta o seu nível sociocultural e económico. Esta informação não deve ser dada exclusivamente pelo médico, mas por uma equipa que cuida o doente, envolvendo sintonia e respeito pelo doente e entre os profissionais.

O doente tem direito à informação, assim como tem o direito a participar, a recusar o tratamento, ou até mesmo a não querer ser informado. Quem comanda a decisão será sempre e em exclusivo o doente e não a equipa de saúde.

Tem que haver tempo para que a informação possa ser transmitida de forma correcta e enquadrada num ambiente calmo e tranquilo.

A esperança, a qualidade de vida, a verdade humanizada e individualizada, devem nortear a conduta dos profissionais de saúde perante o doente.

O CI tem que deixar de ser uma teoria e passar a ser uma prática. Assim como o trabalho em equipa tem de envolver médicos e enfermeiros numa atitude pró-activa e não de costas voltadas, com um objectivo comum: *«a excelência do cuidar ao doente»*.

Os enfermeiros têm que se saber impor de uma forma assertiva, inteligente e participativa no CI, conhecendo a teoria, a praticabilidade e empenhando-se em executá-la de forma a ser reconhecida por todos.

Existe o perigo de se ir anulando a relação médico/ doente que poderá vir a ser substituída por uma mera relação comercial e impessoal. A doutrina do Consentimento Informado baseia-se

fundamentalmente nesta relação a dois, umas vezes de aliança, outras vezes de condução exclusiva por parte do médico. É importante salientar que o doente tem todo o direito de não querer saber o que lhe vão fazer e como alguns verbalizam, de se colocar nas “*mão do médico*”. Por isso é que o Consentimento Informado deve ser a verdade com sentido, sobretudo para o doente.

O Consentimento Informado deve ser divulgado através do ensino à classe médica, de enfermagem e restantes profissionais de saúde, para que exista sensibilidade em relação a novos comportamentos que possam levar a uma mudança de atitude em relação ao Consentimento.

No ensino dos profissionais de saúde, deveria ser dada maior ênfase a temáticas como a comunicação, a fim de no futuro sair estimulada a relação com o doente. Deveria também ser dada maior importância ao enquadramento jurídico, no âmbito da contextualização de toda a parte legal que envolve os profissionais de saúde.

Integrando um conceito de equipa multidisciplinar é importante a participação dos enfermeiros no Consentimento Informado. A informação é fornecida em consonância com esta equipa sendo baseada na reciprocidade de direitos e deveres existentes entre o médico, enfermeiro e doente. O enfermeiro é um dos elementos da equipa que mais recebe informações durante todo o decurso da situação de doença, através da relação enfermeiro/ doente.

Embora a equipa de saúde tenha noção e reconheça a importância deste Consentimento Informado, da minha experiência profissional, vivida como enfermeira no hospital, constato que muitas vezes, o CI não é praticado, por várias razões como: falta de tempo; alteração da relação médico/ doente e consequentemente da relação de confiança; reconhecimento por parte do médico de que o consentimento não o protege legalmente; resultar de uma imposição da direcção clínica e/ou da administração, o que leva ao desinteresse e à hostilidade da equipa médica; tratar-se de um mero procedimento burocrático, para se realizar o procedimento terapêutico e/ ou diagnóstico; não haver o “*hábito*” do médico nem do doente em serem parceiros nos cuidados; dificuldade em trabalhar em equipa entre médicos e enfermeiros; desinteresse e desmotivação dos enfermeiros e médicos no CI e na informação aos doentes; obstrução da equipa médica que os enfermeiros possam colaborar no CI; falta de reconhecimento profissional por parte dos médicos, doentes e família, em relação à profissão de enfermagem.

O Consentimento Informado leva à autodeterminação e eleva a auto-estima do utente, conduzindo a decisões racionais e livres que vão ao encontro da vontade do doente, evitando assim fraudes, coacções e abuso de poder por parte dos profissionais de saúde. É por este motivo crucial, para que o respeito pela autonomia, integridade e dignidade do doente deixe de ser uma excepção e passe a ser uma regra.

Todavia, a estrutura hierárquica do meio hospitalar pressupõe uma diminuição da liberdade ao doente, difícil de evitar na totalidade, pois o medo das represálias, aquando da recusa, continua

a prevalecer sobre a decisão de cada um. Por isso, cabe a todos os profissionais um papel importante na prossecução do respeito pela autonomia. Respeitar a prática do Consentimento Informado passa por aceitar o outro enquanto pessoa.

Considero que o Consentimento ocupa desde há muito tempo um papel central no contexto dos cuidados de saúde, uma vez que legitima formas de autoridade e de conduta que de outro modo, não poderiam ser legitimadas.

Em relação ao CI e a sua estrita relação com a enfermagem, espero que a tese contribua para a boa prática e para futuras reflexões do CI em Portugal. Ouso citar Gandhi: *“A semente fora lançada, só precisava de ser regada para se enraizar, florescer e frutificar. A rega veio a seu tempo.”* Assim o espero!

Resumo

Foi objectivo deste estudo: conhecer o entendimento dos médicos, enfermeiros, doentes e família em relação ao CI a partir dos relatos por eles efectuados. A metodologia foi qualitativa e o estudo foi exploratório e descritivo. Decorreu durante os anos de 2006 e 2007, tendo a recolha de dados decorrido entre Julho de 2006 a Janeiro de 2007, em dois hospitais: um público e outro privado.

Na análise teórica são focados os seguintes aspectos: a relação médico/ doente, a enfermagem, o doente, a família, o hospital, a informação, o Consentimento Informado em Portugal, as reflexões éticas e a moldura jurídica.

Dos resultados obtidos destaco:

- O entendimento dos médicos em relação ao consentimento ocorre na relação médico / doente, dando grande importância a esta.
- Há uma notória ausência de informação ao doente, sobretudo nos diagnósticos graves.
- O trabalho de equipa entre os médicos e os enfermeiros é difícil ou quase inexistente.
- Os doentes transmitem a necessidade de serem informados e esclarecidos pela equipa médica, sobretudo quando o é diagnóstico grave.
- Os doentes querem participar na decisão clínica.
- O Consentimento Informado é considerado útil e necessário na prática clínica, embora na maioria das vezes, o doente não seja informado, nem realizado o CI.
- Os principais obstáculos ao Consentimento Informado são: o nível sócio/cultural e económico do doente e a equipa saúde (devido à falta de tempo, de espaço adequado e de hábito).
- Os enfermeiros na maioria dos casos, são excluídos da informação e do CI pelos médicos, doentes, família e por eles próprios.
- Os enfermeiros consideram que a informação deve ser dada pelos médicos. Porém, dão grande ênfase ao papel do enfermeiro no CI, na informação, na relação enfermeiro / doente considerando que esta contribui para a humanização dos cuidados.
- Para a maioria dos enfermeiros a participação no CI e na informação é confusa. Esta encontra-se limitada e totalmente dependente do médico.
- Existe uma relação entre a qualidade na prática clínica e o Consentimento Informado.
- A família considera de extrema importância ter acesso à informação, porém sente dificuldades na comunicação com os médicos.
- Os médicos concordam com a obrigatoriedade da obtenção do Consentimento Informado, mas em nenhum dos dois hospitais se realiza o CI.
- Não há diferenças significativas entre a assistência pública e a privada a nível do CI, na informação dada ao paciente.

Resumé

The objective of this study was: to find out how the agreement developed between doctors, nurses, patients and family in relationship to talks between them. The study was exploratory, descriptive, with a qualitative methodology. The study occurred during the years 2006 and 2007, with data collected between July, 2006 and January, 2007, in two hospitals: one public and the other private.

The theoretical analysis is focused on the following aspects: the relationship between doctor and patient, nursing, the patient, the family, the hospital, information, the informed consent in Portugal, ethical reflections and the legal framework.

The detailed results obtained:

- The agreement of the doctors in relation to the consent that occurs between the doctor and the patient, with the doctors giving great importance to this aspect.
- There is a notable absence of information given to the patient, especially in serious cases.
- Teamwork between doctors and nurses is difficult or almost non-existent.
- Patients need to be informed and have things clarified by the medical team.
- The patient wants to participate in the clinical decision.
- The informed consent is considered useful and necessary in clinical practice, however in most cases, the patient is not informed and the informed consent does not take place.
- The main obstacles to the informed consent are: the social, cultural and economic class of the patient as well as the medical team (because of a lack of time, adequate space and habit).
- The nurses in most cases are excluded from information and from the informed consent by doctors, patients, family and the nurses themselves.
- The nurses consider that information must be given by the doctors. However they give great emphasis to the role of the nurse in the informed consent, information and to the nurse/patient relationship, that contributes to humanitarian care.
- For the majority of nurses, participation in the informed consent and information is confusing. It is limited and totally dependent on the doctor.
- A relationship exists between the quality of clinical practice and informed consent.
- The family considers it extremely important to have access to information, however they often experience difficulties in communication with the doctors.
- The doctors agree with the obligation of obtaining informed consent, but in neither of the two hospitals used in this research, did informed consent take place.
- There are no significant differences between public and private assistance concerning informed consent and information given to the patient.

Referencias Bibliográficas

ABREU, W- Identidade, formação e trabalho – das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros, Coimbra: Formasau, 1ª ed, 2001, ISBN: 9789728485214

ACADEMIC PRESS - Encyclopedia of applied ethics. United States of America, vol 2,1998. ISBN 0-12-227067-3. P. 695.

ALMEIDA, F- Bioética na unidade de cuidados intensivos – autonomia individual omissão versus suspensão terapêutica. Lisboa: Cadernos de bioética, nº 3, Dez 2007. P. 306 – 308.

ALMEIDA, F- Bioética na unidade de cuidados intensivos – autonomia individual omissão versus suspensão terapêutica. Lisboa: Cadernos de bioética. ISSN 1646-8082. Inº 3, Dez 2007. p. 290.

ALMEIDA, O - O consentimento informado na prática do cuidar em Enfermagem: Tese de Mestrado em Bioética. Porto: FMUP, 2007.ISBN S/N.

ALMEIDA,F - A vulnerabilidade da criança é a medida do seu cuidado. Lisboa:, Cadernos de bioética, nº 42, ano XVIII, dez 2006. ISSN 1646-8082. p.24.

ALZHEIMER EUROPE - Advance directives – Background information. Maio de 2005. Disponível em [http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Our-opinion-on/Advance-directives/\(language\)/eng-GB](http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Our-opinion-on/Advance-directives/(language)/eng-GB).

AMARAL, M- Hannah Arendt: os mundos da razão. Lisboa: Esfera do caos, 1ª ed, 2007, ISBN: 9789898025180

ANTUNES, J - A nova medicina. Lisboa: Relógio d'água editores, 2012. ISBN: 9789898424433

ANTUNES, J - Sobre a mão e outros ensaios. Lisboa: Gradiva, 1ªed, 2005. ISBN: 9789896160784

ANTUNES, J - O eco silencioso. Lisboa: Gradiva, 1ª ed, 2008. ISBN 9789896162818

LOBO ANTUNES, J - Um modo de ser. Lisboa: Gradiva, 1ª ed., 1996, ISBN: 9789726624998

ANTUNES, A - Ética em cuidados de saúde: Consentimento informado. Porto: Porto Editora, 1998. ISBN 972-0-06033-6

ANUÁRIO DO EXPRESSO - Portugal e o mundo em 2002. Lisboa: Editora expresso, 1ª ed, 2002.

ARCHER, L ; BISCAIA, J; OSSWALD, W - Bioética. Fundamentos e princípios da bioética. Lisboa: Editorial Verbo, 1ª ed, 2001. ISBN 972-22-1719-4

BARON, J - Against Bioethics. London, 2009. ISBN: 978026252478. P. 90.

BARRETO, A - Tempo da incerteza. Lisboa: Relógio d'água, 2ª ed, 2003. ISBN 9789727086979

BEAUCHAMP ET AL - Contemporary issues in bioethics. United States: Cengage Learning, 7ª ed, 2010. ISBN 978-0-495-00673-2

BEAUCHAMP, T ; CHILDRESS, J - Princípios de ética biomédica. São Paulo: Edições Loyola, 1ª ed, 1994. ISBN: 9788445804803

BERNARD, J . A bioética. Lisboa: Biblioteca básica de ciência e cultura, 1ª ed, 1993. ISBN: 9789729295768

BISCAIA, J - Ao encontro da ternura. Coimbra: Gráfica de Coimbra 2, 1ª ed, 2005.
ISBN 972-603-353-5

BISCAIA, J - Direitos do homem e biomedicina. Lisboa: Universidade Católica, 1ª ed,
2003. ISBN: 9720060360

BRENNAM, M - A concept analysis of consent. London: Journal of advanced nursing
4, 1997.ISBN S/N. p. 420 – 425.

BRODY, D - Transparency: informed consent in primary care. London: Hastings Cent
Rep, Sept/Oct, 2006. P. 10 – 14.

CABRAL, J - Ética médica em oncologia. Lisboa: revista divulgação, nº 24,
1999.ISBN S/N. p. 50 – 54.

CAETANO, E - O internamento em hospitais – elementos tecnológicos. Lisboa:
Fundação Calouste Gulbenkian, 1ª ed, 2002. ISBN: 9789723109504

CARAPINHEIRO, G - Saberes e poderes no hospital – uma sociologia dos serviços
hospitalares. Porto:Edições Afrontamento, 4ª ed, 2005. ISBN: 9789723603064

CARNEIRO, V - A complexidade da pratica clínica: análise baseada no risco e na
incerteza. Lisboa: Revista da Ordem dos Médicos, nº 27, 2003. P. 55 – 57.

CARVALHO, F- A pergunta da Inês – as raízes do bem e do mal. Cascais: Principia,
1ªed, 1999. ISBN 9728500165

CNECV - Conselho nacional de ética para as ciências da vida – portal da saúde, parecer
do CNECV sobre tecnologias da saúde. Lisboa, 2013.

COMISSÃO DOS DIREITOS HUMANOS DA ORDEM DOS ADVOGADOS -
Direitos humanos – cidadania e igualdade. Estoril: Principia, 1ªed, 2006. ISBN:
9789728818685

CONSELHO DA EUROPA - Convenção para a proteção dos direitos do homem e da
dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina. Oviedo, 1997.

COSTA, J.- O consentimento informado: Actas do I seminário do Conselho Nacional
de Ética para as Ciências da Vida (30 a 31 de Março de 1992),Presidência do Conselho
de Ministros, Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Lisboa: Imprensa
Nacional Casa da Moeda, 1º ed., 1995. ISBN 972-27-0798-1

DAMASIO, A - O erro de Descartes – emoção, razão e cérebro humano. Mem-
Martins: Publicações Europa América, 24ª ed, 2005. ISBN: 9789896441630

DAVIS, J - Precedent autonomy and end – of – life care. Oxford: The oxford handbook
of bioethics, MC Graw Hill, 1998. ISBN S/N

DECO - Decisão iluminada. Lisboa: revista dinheiro e direitos, nº 93, Maio – Junho
2009. P. 16 17.

DEEP ET AL - Medical residentes perspectives on discissions of advance directives: can
prior experience affect how they approach patients?, Kentucky Journal of palliative
medicine, vol 10, number 3, 2007. P. 719.

DIAS, M - A esmeralda perdida: a informação ao doente com cancro da mama. Lisboa:
ISPA, 1999. ISSN 0870-8231. P. 28.

DRESSER, R - Substituing authenticity for autonomy- Washington: Hastings center
report, Revue March – April, 2009. P. 3.

DRINKA, C - Theory and practice in interprofessional ethics: a framework for understanding ethical issues in health care teams. Canada: Article Scholl of nursing, 2011. p. 56.

DUNCAN, P - Values, ethics e health, Sage publications. London, 2010. ISBN: 9781849204347

EDGE, R/ RANDALL, J - .Contemporary issues in bioethics. MC Graw Hill, 1998.ISBN S/N

EDGE,R; GROVES,J - Ethics of health care – A guide for clinical practice. United states,3^a ed, 2006. ISBN: 9781401861834

ELLENBERG, S - Informed consent: protection or obstacle? Some emerging issues. New York, Rockville: Division of biostatistics and epidemiology, Center for Biologics evaluation and research, 1996. ISBN S/N. p. 59.

ENCYCLOPEDIA OF APPLIED ETHICS. New York, Vol 1, A- D, , 1998, ISBN: 9780123736321

ENGELHARDT, J - Fundamentos da bioética. São Paulo: Edições Loyola, 2^a ed, 1996. ISBN: 0195057368

ENGELHARDT, J., The foundations of bioethics. 2nd ed.rev. London: Oxford University Press, 1996. ISBN 978-0-19-505736-2

ENGELHARDT, J - Fundamentos da bioética. São Paulo: Edições Loyola, 1^a ed., 1996. ISBN 85-15-01583-4

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE - Consentimento informado – relatório final. Porto: ERS, Maio de 2009. ISBN: 9729964602. P. 1.

ERUSKA ET AL - Os parâmetros bioéticos em artigos científicos publicados em odontopediatria. Recife:artigo de Odontologia, Clín.-Científ., , 7 (3): jul/set., 2008. P. 209.

ESPERANÇA, P - A responsabilidade dos médicos. Lisboa: Lidel, 3ª ed revista, 2003. ISBN: 9789727571956

EUROPEAN COMMISSION - The Barcelona declaration, policy proposals, November 1998, Biomed – II Project, Basic Ethical in Bioethics and biolaw. ISBN 84-923525-5-8

FATEMEH ET AL- Informed consent: dissimilar linguistic barriers in different societies. Iran: University of medical sciences, Revue j Oral Maxillofac Sug, 2011. P. 573.

ERIA, A - A bioética – reflexos a propósito. Chamusca: Edições Cosmos, 1ª ed, 2005. ISBN: 9789727622634

FERNANDES, R - Memórias de um rústico erudito – viagem à volta de lentes, terras e políticos. Lisboa: Livros Cotovia, 2ª ed., 2006. ISBN: 9789727951772

FERRO, F - Apontamentos das aulas de mestrado de bioética da FML do modulo de investigação, 2000.

FIGUEIREDO, A - Consentimento para o acto médico. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1ª ed, 2006. ISBN: 9726033799

FRAGATA, J ; MARTINS,L - O erro em medicina. Perspectivas do individuo, da organização e da sociedade. Coimbra: Almedina, 2ªed. 2004. ISBN: 9724023478

GAUDINE, A ET AL - Clinical ethical conflits of nurses and physicians. Canada: Nursing Ethics, Sage, 2011. ISBN: 9780976528029. P. 18.

GERT, B; CULVER, C;CLOUSER, D - Bioethics: a systematic approach. MC Graw Hill, 2004. ISBN: 9780199722051

GIL, F - Mors certa, hora incerta» in acentos. Lisboa: Imprensa nacional – casa da moeda, 2005. ISBN S/N

GIL, F - Acentos. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da moeda, 1º ed., 2005. ISBN: 972271399-X

GIL, J - Portugal, hoje – O medo de existir. Lisboa, Relógio d'água, 2005. ISBN: 9789727089369

GOLDEMAN, D - Inteligência social – a nova ciência do relacionamento humano. Lisboa: Temas e debates, 1ª ed, 2008. ISBN: 9789896441173

GONÇALVES, M - Os portugueses e a ciência. Lisboa: Dom Quixote, 1ª ed, 2003. ISBN: 9789722022637

GRACIA, D- Como arqueros al blanco – estudios de bioética. Madrid: Triacastela, 1ª ed., 2004. ISBN84-95840-13-8

GROOPMAN,J - Como pensam os médicos. Cruz Quebrada, 2ª ed, 2008. ISBN: 9789724617893

GRUZ, S - Implicações do uso do termo de consentimento informado na relação médico-paciente. Congresso Brasileiro de Bioética, 5, Recife, 2004. P. 25.

HENNEZEL, M - Dialogo com a morte. Cruz Quebrada: Casa das letras, 6º ed, 2005. ISBN: 9789724607931

HERZLINCH, J- Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière, Revue française de sociologie, XIV, nº especial, 1973. P. 40 – 49.

HESBEEN,W - Cuidar neste mundo. Loures: Lusociência, 1ª ed., 2000. ISBN: 9789728383718

JAPERS, K - O médico na era técnica. Lisboa: Nova biblioteca, 1ª ed, 1986. ISBN: 972-44-0990-2

JAVAD ET AL - Informed consent: is it always necessary?. Elsevier, United States: Rothman Institute of ortopaedics, 2008. P. 652.

JECKER, N ET AL - Bioethics an introduction to the history, methods, and practice. Massachusetts, 2004. ISBN S/N

JEFF, M; MOORE, R.- A Improvement of informed consent and the quality of consent documents. Vol 9. Disponível em Australia, [http:// oncology. Thelancet.com](http://oncology.thelancet.com). p. 485.

JONSEN ET AL - Ética clinica, Alfragide, editor Mcgraw – hill, 4ª ed,2007, ISBN: 9789727730254

JONSEN, L; SIEGER, M; WINSSLADE, W- Ética Clinica uma abordagem prática de decisões éticas em medicina clínica. Alfragide, Mcgraw Hill, 4ª ed. 1998, ISBN: 9727730256

KLEIN, C - The importance of advanced directives. Revue The Nurse practitioner, April 2005. P. 11.

KOKKONEN, P - Consentimento informado um ponto de vista nórdico. Revista servir, vol 41, nº 3, 1999. P. 145 – 147.

KUHSE, H/ SINGER,P - A companion to bioethics. Wiley – Blackwell, 2ª Ed, 2004. ISBN: 9781405163316

LEE, S ET AL - Nurses' perceptions of informed consent and their related roles in Korea: An exploratory study , 2010. p. 23.

LEMONIDOU, C ET AL - A comparison of surgical patients' and nurses' perceptions of patients' autonomy, privacy and informed consent in nursing interventions. Journal of interpersoal Care, December 2007. p. 37.

LIPOVETSTKY, G.- O crepúsculo do dever – a ética indolor dos novos tempos democráticos. Lisboa: Dom Quixote, 3ª ed, 2004. ISBN: 9789722011549

LURDVEY ET AL - Informed consente: a review. California: University of California San Diego, Elsevier science, 1996. ISBN S/N. p. 192.

LYNCH, H - Conflicts of conscience in health care an institucional compromise. Cambridge, London, 2008. ISBN: 0262123053

MAGALHÃES, J - Linhas de investigação em historia da alfabetização em Portugal – um domínio do conhecimento em renovação”, Comunicação apresentada no I congresso luso – brasileiro de historia da educação, 23 a 26 de Janeiro de 1996.ISBN S/N

MARINA, J - Ética para náufragos. Lisboa: Anagrama, 1ªed, 1997. ISBN: 9788422667698

MARQUES ET AL- Autonomia de pacientes vulneráveis quando da pesquisa clínica. Recife: Congresso Brasileiro de Bioética, 5, Recife, 2004. ISBN S/N. p.23.

MARTINS, C; XAVIER, F ; PERIQUITO, M - Representações e práticas dos enfermeiros face à transmissão de informação ao doente oncológico. Lisboa: 5º ano do complemento de formação de enfermagem da escola Superior de enfermagem Calouste Gulbenkian, 2002.ISBN S/N

MARTINS, J - A autonomia do doente em contexto de urgência/emergência. Lisboa: Cadernos de Bioética, nº 2, Set 2007. ISSN 1646-8082. P. 190 – 193.

MATTIEU, A - Soins palliatives. Paris: Ed la marre, 1ªed, 1989. ISBN: 9782760615021

MCCABE, M. - The ethical Foundation of consent in clinical research: Seminars in oncology nursing, London. vol 15, nº 2 (May), 1999. p. 79.

MEADE, C - Improving understanding of the informed consent process and document. Seminars in oncology Nursing, Vol 15, nº 2 (May), 1999. P. 124 – 137.

MELLO, D - A vulnerabilidade e suas relações com a autonomia e a pesquisa com seres humanos [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. 2008. ISBN S/N

MEYER, J - Informed consent, informed refusal, and informed choices. vol 189, number 2, 2010. P. 321.

MICHELL, L ET AL - Improving informed consent: suggestions from parents of children with leukemia. Official journal of the American of pediatrics, 2011. ISBN S/N. p.850.

MILLERA, T; BOULTOND, M - Changing constructions of informed consent: qualitative research and complex social worlds. London: Social Science & Medicine 65, 2007. **P. 2199 – 2211.**

MONICA, F et al - Portugal, identificação de um país. Lisboa: Relógio d'água, 1ª ed, 2007. ISBN: 9789727089222

MOTTA DE MORAIS, I - Autonomia pessoal e morte. Vol 18, nº 2. Lisboa: Revista de Bioética 2010. ISSN 1046-8082. P. 290.

MUELLER,M - Involvement and (potencial) influence of care providers in the enlistement phase of informed consent process: the case of AIDS clinical trials. San Diego: Revue Nursing ethics, 2004. P. 42 – 47.

NEARY ET AL - What a signature adds to the consente process, Irland: Cork University hospital, Revue endosc, 2008. P. 2699.

NELSON,P - A historical perpective of informed consent in clinical practice and research: Seminars in oncology, vol 15, nº 2. Colorado: Schools of Nursing and Medicine of Colorado, May 1999.ISBN S/N. p. 81.

NOGUEIRA, J; LOUREIRO, R - O homem , a ciência e a Bioética. Viseu: Escola Superior de Viseu, 2010, ISBN: 9720060336

NUNES, L - Cinco estrelas: acerca das competências morais no exercício de Enfermagem. Nursing, nº 171, Nov 2002.p. 8 – 11.

NUNES, L - Comunicação – mesa redonda: ética na pratica de enfermagem: XXVI Congresso Português de Cardiologia. Porto, 2005. p. 4.

NUNES, R; REGO, G - Prioridades na saúde. Lisboa: McGraw – Hill, 2002. ISBN: 9789727731404

OLIVEIRA, G; PEREIRA, A - Consentimento informado. Coimbra: Centro de Direito Biomédico, 2006. ISBN S/N

OLIVEIRA,G - Temas de direito da medicina. Coimbra: Coimbra Editora, 2ª ed, 2005. ISBN: 9789723213164

ORDEM DOS MÉDICOS - Importância de uma informação esclarecida e de um consentimento informado: Revista Ordem dos médicos. Conselho disciplinar Regional do Sul, ano 27, nº 117 Março, 2011. p. 10.

OSSWALD, V. - Um fio de ética. Coimbra: Helsin, 1ª ed, 2001. ISBN: 9729872104

PACHECO, S ; PATRÃO, N - Para uma ética de enfermagem desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1ª ed, 2004. ISBN 972-603-326-8

PARENTE, P - Que informação a dar ao doente/ família?.Dossier Sinais Vitais, Lisboa: Sinais Vitais. nº 3, 2003. P. 15.

PARIS ET AL - Informed consent document improvement does not increase patients comprehension in biomedical research. British journal of clinical pharmacology, 2010. P. 231 – 237.

PATRÃO,N ; OSSWALD,W.- Bioética simples. Lisboa: Editora verbo, 1ª ed, 2008. ISBN 978-972-22-2738-4

PEREIRA DA LUZ, L – Bioética. Disponível em <http://www.cristoecidade.com/stylebyo>.

PEREIRA,D - O consentimento informado na relação médico paciente – estudo de direito civil. Coimbra: Coimbra editora, 1ª ed.,2004. ISBN 9789723212471

PESSINI,L ; BACHIFONTAINE, C - Bioética – longevidade humana. São Paulo: Loyola, 1ªed, 2006. ISBN: 8515032031

PESSINI, L. - Bioética na América latina – algumas questões desafiantes para o presente e futuro. Lisboa: Cadernos de Bioética, nº 4., Abril/ Maio 2008. ISSN 1646-8082. P. 24 - 26

POST, S - Encyclopedia of Bioethics. United States of America: Cengage Learning, 3ª Ed., 2004. ISBN 978-0-02-865775-2

RAPOSO, M - 1º Seminário sobre bioética. Lisboa: Revista Servir, vol nº 40, nº 3, Maio/ Junho 1992. P. 126 – 129.

RAWLS, J - Uma teoria da justiça. Lisboa: Relógio d'água, 2001. ISBN: 9789722317153

RENAUD, I/ RENAUD, M - O Testamento vital – Elementos de análise. Lisboa - cadernos de bioética, nº 9, Dez 2009. ISSN 1646-8082. P. 322.

RENDTORFF, J - Basics principles in Bioethics and biolaw. Disponível em <http://www.bu.ed/wcp/papers/bio/bioerend.htm> 2008.

RESWEBER, J - A filosofia dos valores. Coimbra: Coimbra Editora, 1ª ed, 2002. ISBN: 9789724018171

RIBEIRO DA SILVA, J ;BARBOSA, A; VALE, F - Contributos para a Bioética em Portugal. Lisboa: Centro de Bioética Faculdade de medicina Universidade de lisboa, Edições Cosmos, 2002. ISBN: 9789727622382

RODRIGUES, G - Consentimento informado – pedra angular de responsabilidade criminal do médico. Coimbra: Coimbra Editora, 1ª ed, 2002. ISBN: 972321122-X

RODRIGUES, V- O consentimento informado para o acto médico no ordenamento jurídico português (elementos para o estudo da manifestação da vontade do paciente). Coimbra: Coimbra Editora, 2001. ISBN: 9789723210132

RUTLEDGE,D - Perceptions of informed consent for care practices: hospitalized patients and nurses. California State University, Fullerton Received 31 October 2009. p. 76.

SAPETA, P - A informação do diagnóstico e do prognóstico: o direito à verdade, Porto: Revista Enfermagem Oncológica. Nº 7, 1999. P. 45 – 47.

SAVATER, F - A coragem de escolher - o núcleo essencial de tudo o que escrevi. Lisboa: Dom Quixote, 1ª ed, 2004. ISBN: 9789722026499

SAVATER, F- As perguntas da vida, Lisboa: Dom Quixote, 3ª ed, 2007. ISBN: 9789722032704

SCHARAIBER, L - O trabalho médico: questões acerca da autonomia do profissional. São Paulo:Cadernos de saúde pública, , nº 11,1995. p. 64.

SEBASTIAN, D - Medical negligence and informed consent: and overview. Published by Elsevier Ltd, 2010. p. 97.

SERRÃO,D - Consentimento informado: o mal amado dos médicos. Revista Ordem dos médicos. Lisboa.. ISSN. ano 19, nº 38, Set 2003. p. 20 – 24.

SERRÃO, D - Consentimento informado – novo paradigma do exercício profissional. Lisboa: Broteria, 4 Vol. 148, Abril 1999. ISSN 0870-7618. p. 450 – 453.

SERRÃO,D e NUNES, R - Ética em cuidados de saúde, Porto: Porto editora, 2ªed, 1998. ISBN 972-0-06033-6

SGRECCIA, E - Manual de bioética II – aspectos médico – sociais. São Paulo: Edições Loyola, 1ª ed, 2002. ISBN: 9788515012862

SIEGLER, J; WINSLADE, F - Clinical Ethics – A practical approach to ethical decisions in clinical medicine. MC Graw Hill, 2000. ISBN: 9780071387637. P. 24.

SILVA, E - Prematuridade: questões éticas: Dissertação para o grau de doutor em Bioética, Fevereiro 2007.

SILVA, P ; MENDES, H - Saúde e doença em Portugal. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2ª ed., 2002. ISBN: 9789726712572

SIMON, P - El consentimiento informado. Madrid: Editorial Triacastela, 1ª ed, 2000. ISBN 84-93095-0-14 1

SINGER, P - Como havemos de viver? A ética numa época de individualismo. Lisboa: Dinalivro, 1ª ed, 2008. ISBN: 9789725763667

SINGER, P - Escritos sobre uma vida ética. Lisboa: Dom Quixote, 1ª ed, 2002. ISBN: 9789722030212

STEINBOCK, B; LONDON, A;ARRAS, J - Ethical issues in modern medicine: contemporary readings in bioethics. MC Graw Hill, 1998. ISBN: 9780073407357

TAYLOR, C. - Barriers to informed consent. Seminars in oncology nursing, Vol 15, nº 2 (may), 1999. p. 37.

THE IRISH COUNCIL FOR BIOETHICS.- Is it time for advance healthcare directives? Openion, 2007. p. 19.

THOMPSON, I ; BOYD,K - Nursing ethics. London: Churchill Livingstone, 1 ed, 1994. ISBN: 9780443048111

THOMPSON, I; MELIA, K e BOYD, K. - Ética em enfermagem. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 9789728383671

TORRALBA, F - Ética del cuidar, Madrid: Institut Borja de Bioética, Editora Fundacion Mapfre, 2006. ISBN: 9788471007704

ULRICH,C . Nurse practitioners: what does the public need to know?, Pennsylvania Scholl of nursing, August, vol 10, number 8, 2010. P. 14.

UNESCO - Rapport du Comité international de bioethique de l'unesco sur le consentement. Organization des nations Unies pour l'éducation, science et la culture, 2009. p. 46.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL - Records of the general conference, Resolutions, twenty – ninth session. Paris, 21 October to 12 November 1997, vol 1. ISBN S/N. p. 28.

VEGA, J ; BAZA, P., Enfermo terminal y eutanásia desde el punto de vista personal sanitario. Valladolid: Universidad de Valladolid, 1ª ed, 1991. ISBN S/N

VILLANUEVA - Institut Borja de bioética. Ensayos de bioética – 5, 2004. ISBN S/N

WINDLE ET AL - Understanding informed consent: significant and valuable information. Houston:Journal of peri anesthesia nurses, vol 23, nº 6, December, 2008. P. 430 – 433.

WRIGHT, D;BRAJTMAN,S - Relational and embodied knowing: nursing ethics within the interprofissional team. Canada: Article Scholl of nursing, 2011.p.4.

YOUNG, R - Informed consente and patient autonomy. Canada: article nursing ethics, 2009. P. 530.

ZEILR, A - Reproductive autonomous choice – A cherished illusion? Reproductive autonomy examined in the context of preimplantation genetic diagnosis, article Elsevier, 2010. ISBN: 9788888168609. P. 178.

Universidade Católica Portuguesa

Consentimento Informado na Assistência Privada e Pública Hospitalar

O QUE ENTENDEM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DOENTES/FAMÍLIA
SOBRE A INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO
PRATICADO EM PORTUGAL

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
Doutor em Bioética

Volume I

Josefina Cerezo Granadeiro Vicente

Porto 2014

ANEXOS

GUIÕES DAS ENTREVISTAS

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º _____ Data _____ Hora: _____ Duração aproximada: _____

Local: _____

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino: _____

♦ Idade: _____

♦ Especialidade:

♦ N.º de anos de experiência profissional? _____

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º _____ Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino:_____

♦ Idade:_____

♦ Categoria profissional:

♦ N.º de anos de experiência profissional? _____

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º _____ Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino:_____

♦ Idade:_____

♦ Profissão:

♦ Grau de parentesco ou o próprio:

♦ Escolaridade

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

3 – Acha útil o consentimento informado?

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º _____ Data _____ Hora: _____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino: _____

♦ Idade: _____

♦ Profissão:

♦ Grau de parentesco ou o próprio:

♦ Escolaridade

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

3 – Acha útil o consentimento informado?

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

ENTREVISTAS

LOCAL: HOSPITAL DE SANTA MARIA

ENTREVISTAS

FAMÍLIAS

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 1 Data Hora: 12 Duração aproximada: 20`

Local: GABINETE DO DIRECTOR DE SERVIÇO

Dados do entrevistado:

- ♦ Sexo: FEMENINO
- ♦ Idade: 57
- ♦ Profissão: DOMESTICA
- ♦ Grau de parentesco: FILHA
- ♦ Escolaridade: 2º CICLO
- ♦ Diagnóstico: NEO DO COLON

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

O que é prá mim? Hum... Pausa

É uma mais valia, prá gente estar dentro dos assuntos do doente.

2- Ajudou-o a entender a doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim. Pausa

Quando elas são bem fornecidas, sim... pausa

Mas prá mim elas. Pausa

Foram assim a assim. Às vezes a gente queria saber e pausa

E ... hum. Pausa

E não , não davam muita abertura.

Mas pronto, já houve casos pontuais que sim. Pausa

Que houve essa abertura.

Ultimamente tem havido, tem sido mais facilitado e tem sido bem.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim, sim, muito. Pausa

A pessoa está numa ansiedade muito grande e se , se.... Pausa

Nos derem uma explicação sobre a doença, sobre o estado geral, o que se passa. Pausa

A gente fica muito mais tranquila e fica-se muito melhor.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O médico, o médico.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Eu acho que sim. Pausa

Porque era uma maneira. Pausa

Lá está de se saber. Pausa

De se informar melhor sobre o estado geral do doente, da saúde, o que se tem que fazer e o que não se deve fazer.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Foi nas urgências. Pausa

Fiquei logo esclarecida, o médico explicou-me tudo muito bem.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Aí a aí é que a porca torce o rabo. Pausa

Nem todos os doentes são iguais, nem todos os doentes reagem da mesma forma, da mesma maneira. Pausa

Até os próprios familiares, aí teriam que.... Pausa

Ser informados com peso e medida.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim, sim. Pausa

Tenho que saber o que foi feito e como.... Pausa

Como devo depois de tratar da minha mãe.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

A.... a Pausa

Segundo o que eu sei é que eles não nos podem dizer nada. Pausa

Não podem transgredir as leis e as ordens. Não é?

A partir daí pouco, há a pedir a eles, não podem fazer mais do que fazem.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 2 Data _____ Hora: 9h30 Duração aproximada: 30

Local: GABINEE DO DIRECTOR DE SERVIÇO

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino : X

♦ Idade: 20

♦ Profissão: EMPREGADO DE BALCÃO DE UMA GELADARIA.

♦ Grau de parentesco: FILHA

♦ Escolaridade: 11º

TRABALHADOR ESTUDANTE.

♦ Diagnóstico: NEO DO ESTOMAGO

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

É a informação que nos possam dar, mas de uma forma clara, directa. Pausa

De forma a que nós percebamos o que podemos fazer em casa, hum... Pausa

Mesmo! Pausa

Que a pessoa vá directo ao assunto. Pausa

Eu vou dar-lhe um exemplo: Pausa

Onde fica o quarto tal. Pausa

E depois indicam segue sempre em frente e vira-se esquerda e encosta-se à direita.

Pausa

Mas muitas vezes não é assim. Pausa

Vá aquela funcionária e depois esta diz-nos, para ir a outra e depois dá-nos a informação. Pausa

Nunca é directo. Pausa

Ou concreto, em termos de doença nunca é directo ou concreto, pausa tudo o que nos dizem é hum.... Pausa

No caso da minha mãe é... Pausa

Tudo o que nos disseram até agora... Pausa

Na verdade, sabe é que nos disseram tudo o que quiséssemos saber.... Pausa

E vai ao encontro do que estava à espera.

2- Ajudou-o a entender a doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

A mim, não.

Mas julgo que a minha mãe foi, antes de ser operada.... Pausa

Acho que foi... Pausa

Acho que explicaram mais ou menos, como é que chegou.... Pausa

Como é que teve esse problema pausa

E a operação consistiu em quê, e para melhorar o quê também?

E acho que ficou esclarecida. Pausa

Eu não tenho conhecimento. Pausa

Não tenho. Pausa

Desconheço.

3- Acha útil o consentimento informado?

Hum.... Sim aos pacientes ou aos familiares. Pausa

Não, não, não acho que fui informada.

Porque não tenho esse conhecimento, mas para a minha mãe, foi importante, porque até a ajudou a aceitar.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O médico, as enfermeiras e as auxiliares que se encontram no hospital.

No caso se o médico falar com a minha mãe, falar com a minha mãe, os auxiliares podiam dar a informação, aos, aos.... Pausa

Os, os auxiliares podiam dar a informação, aos, aos, familiares, para ficarem mais a par do que acontece.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Ai! Sim.

Fundamental, para saber se é a melhor operação, se por exemplo hum.... Pausa

Se estou de acordo com aquilo que vão fazer, ou, ou, se pelo menos, por exemplo se eles falam de uma determinada operação tudo bem Pausa

Se eu tiver de acordo , se não Pausa

A minha opinião devia valer alguma coisa.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da doença?

Não, não, foi.

Não me foi transmitida, como já lhe disse nenhuma informação à cerca da doença da minha mãe.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Acho que devem.

Para que possam ter a noção da gravidade da sua situação, em que se encontram. Pausa

Para que possam. Pausa

Para que pelo menos, tenham a noção do que se passa com eles.

Não devem ocultar, o facto de ocultar. Pausa

O facto não ajuda muito, ao doente a vencer.

Porque ficam com aquela sensação. Pausa

A minha mãe está bem, disseram que vai ficar melhor, mas nunca se tem a certeza se acontece alguma coisa mais adiante. Pausa

A pessoa pode vir a recluir, porque lhe ocultaram o facto, não lhe disseram exactamente o que tinha. Pausa

Eu acho que a pessoa pode vir a sentir-se mal, porque lhe mentiram.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da doença?

Eu gostava. Pausa

Mas não tive.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Acho que sim.

Acho que sim.

Para que quando o médico falar, me possam explicar algumas partes que não tenha percebido. Pausa

E não tenha tido oportunidade de perguntar.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 3 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: 30

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino: X

♦ Idade: 66

♦ Profissão: BANCÁRIO

♦ Grau de parentesco: GENRO

♦ Escolaridade: 5º ANO DO LICEU ANTIGUO.

♦ DIAGNÓSTICO: NEO DO COLON

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

O consentimento informado?

Acho que devia haver mais informação. Pausa

E não é o que acontece. Pausa

A minha sogra veio para aqui sem saber o que tinha, nem nós.

Nunca houve uma informação correcta, nem sabemos o que lhe podemos ou devemos fazer, quando for ter alta.

2- Ajudou-o a entender a doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Não ajudou.

Nunca nos informaram , nem responderam, nem nos informaram.

A nossa persistência, é que conseguimos saber alguma coisa.

Ignoraram-nos.

Fez exames e foi reoperada. Isso acontece, mas não nos disseram nada.

Soubemos alguma coisa foi pelas enfermeiras.

3– Acha útil o consentimento informado?

Sim. Muito útil.

Iria-me ajudar. Pausa

Ajudar ao doente e à família

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O médico que a segue.

O médico da doente.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Não.

O médico é que sabe. Pausa

É ele que tem que avaliar o doente, é preciso saber, ter conhecimentos.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Não foi.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Não.

Só devemos saber nós, os familiares, hum.... Pausa

As pessoas, hum Pausa

Os doentes podem não aguentar.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim, exactamente.

Para saber exactamente o que se passa acerca da doença, da pessoa e para a podermos ajudar.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Os enfermeiros devem informar em conjunto com os médicos. Pausa

Informar se poderem. Pausa

Eu não sei de podem hum... Pausa

Porque os médicos não nos dizem nada, até porque os médicos podem dizer vocês não digam nada. Pausa

Penso eu.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 4 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 60

♦ Profissão: EMPREGADA DE MESA

♦ Grau de parentesco: MÃE

♦ Escolaridade: 4ª CLASSE

♦ DIAGNÓSTICO: COLICESTECTOMIA

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Esclarecer pronto!

Esclarecer.

Pôr as pessoas a par do que se passa. Não é?

2- Ajudou-o a entender a doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Pronto eu estou um pouco fora da questão, porque a minha mãe vive com o meu irmão.

Pausa

E o meu irmão é que veio, e acho que sim o meu irmão está informado suficientemente da doença. Pausa

Esclarecido.

Eu agora estava à espera de encontrar uma enfermeira para saber da situação dela.

Porque nós sabemos que ela tem pedras na vesícula, que tem feito vários exames, mas não sabemos se além disso há alguma coisa.

É que ela hoje foi fazer exames e pronto. Pausa

Mas só me sabem informar, depois dos resultados. Pausa

É assim mesmo.

E pronto a partir daí, acho que tem sido bem tratada.

3– Acha útil o consentimento informado?

Acho que sim. Para estarem mais informados e esclarecidos.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O serviço de enfermagem e o serviço médico. Pausa

Não é?

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

É muito complicado, e problemático. Hum Pausa

Porque o utente normalmente acredita em tudo o que o médico lhe diz, não é?

Mas claro se houve alguma coisa que realmente se tivesse que decidir, claro, pois. Pausa

Teria que ser. Não é?

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da doença?

Hum Pausa

Quando foi esclarecida não foi neste hospital, foi no Garcia da Horta, quer dizer estava com algumas, com umas pedras na vesícula.

Ela esteve muito mal disposta e o meu irmão levou-a e deram-lhe esta informação, no hospital do lado de lá.

Veio para este hospital porque estava com uma das minhas irmãs e que mora aqui em Lisboa, que pertence.

Foi a partir daí que nós soubemos, porque começou com muitos vômitos, mau estar, tudo o que comia vomitava e pronto foi aí que lhe diagnosticaram as pedras na vesícula.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Eu acho que sim, que os doentes devem saber. Pausa

Para ficarem mais consciencializados da sua situação, do que têm. Pausa

É um bocadinho problemático, não é?

É muito problemático. Pausa

Porque há pessoas que aceitam, que deviam saber e outros que não devem saber.

Depende da própria pessoas.

Eu acho que é isto.

Eu tive uma pessoa amiga que lhe foi diagnosticado um cancro no estômago. Hum

Pausa

Em que o estômago foi lhe retirado e mais não sei o quê e a pessoa nunca quis saber.

Portanto está a ver.

Para mim a pessoa sabia.

Após a cirurgia só durou 18 dias. Mas sabia, mas achava uma coisa normal, pronto!

Pausa

Nunca quis aceitar.

Isto vai da mentalidade, da maneira de ser da pessoa.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da doença?

Sim, sim.

Porque para me sentir mais esclarecida, como devemos actuar, não é?

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Eu acho que o enfermeiro é o profissional que está mais em contacto com o doente.

Pausa

É a pessoa mais esclarecida para informar as pessoas.

Acho que sim.

Acho que realmente, é o enfermeiro que está 24 h com o doente, por dia. Pelo menos tem conhecimento do que eles têm.

Portanto é uma pessoa que informa de acordo com a equipa médica, evidentemente.

Mas o enfermeiro é a pessoas que está com o doente as 24h.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 5 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 26

♦ Profissão: ARQUITECTA

♦ Grau de parentesco ou o próprio: AVÓ

♦ Escolaridade: LICENCIATURA

♦ DIAGNÓSTICO: NEO DO COLON

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

O consentimento informado?

Eu penso que é bom informar, estar informado. Mas em relação à minha avó tivemos que andar à procura da informação. Pausa

Não é logo dada, também podem não saber o que é que se passa. Pausa

Então muitas das vezes a gente está a perguntar, mas não respondem logo. Pausa

Pronto, está bem informada no sentido que hum Pausa

Talvez só podem informar até um certo ponto.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Era o que estava a dizer à pouco. Pausa

Por enquanto só o mínimo. Pausa

Mas também não sei se eles já sabem o que é que se passa. Ela foi operada ao intestino de repente.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim. Pausa

Isso sim.

Porque tranquiliza a família por saber o que é que se está a passar.

Acalma-nos e acalma o próprio doente. Pausa

Ajuda nesse sentido para a pessoa não entrar em pânico. Pausa

Para saber o que se está a passar.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O médico ao doente.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Provavelmente não. Pausa

Porque se os médicos. Pausa

Cada um sabe do trabalho que está a fazer.

A partir do momento em que o médico está e sabe o que está a fazer e toma certas atitudes. Pausa

Ela foi operada de urgência, penso da melhor forma, acho eu?

Não era a família que iria dizer que não , penso eu?

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da doença?

Não foi transmitida. Pausa

Mas penso que iram falar connosco.

A minha avó entrou na urgência num dia, no dia seguinte estava nos cuidados intensivos, porque já tinha sido operada.

Mas como foi de urgência, talvez. Pausa

Não tiveram tempo para informar a família.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Acho que se deve informar o doente.

No caso da minha avó e com o estado psíquico dela não. Pausa

Por enquanto não.

Mas deve-se informar os doentes com calma, com calma.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da doença?

Sim, sim.

Porque além de poder acalmar os outros familiares no sentido de poder explicar o que se passa, conseguir explicar o que o médico disse ao resto da família.

Ou a uma pessoa da família. Pausa

Saber explicar concretamente o que se passa com o doente. Para depois não andarem todos a perguntar o mesmo.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Deve ser importante porque estão sempre a par. Pausa

E lidam constantemente com o doente.

Deve haver enfermeiras que estão a par, mas deve haver uma enfermeira que esteja mais responsável e que consiga dizer à família o que é que se está a passar.

Devem também participar.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 6 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 62

♦ Profissão: REFORMADA

♦ Grau de parentesco: MÃE

♦ Escolaridade: 4ª CLASSE

♦ DIAGNÓSTICO: NEO DO ESTOMAGO

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Ultimamente tem sido... hum.... Pausa

Uma informação melhor.

De início não foi muito boa.

2- Ajudou-o a entender a doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

De início não, ultimamente sim.

Não estou muito ao corrente, sei pouco sobre o que se está a passar.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Claro, com certeza.

Porque a gente está ao corrente e está mais ou menos a saber o que se deve fazer, não se, se.... Pausa

Uma pessoa está mais a par do que se passa.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O enfermeiro ou o médico.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Não.

Depende de certas circunstâncias, se a pessoa vê que pode chegar de outra maneira diferente, mas não, não.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da doença?

As minhas irmãs.

Não estava cá.

E quando estava não fui informada.

A minha mãe tem momentos que sabe e outros que não.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Tudo depende.

Há pessoas que gostam de saber, há.... Pausa

Outras que não querem saber. Tudo depende da pessoa.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da doença?

Sim, eu queria.

Justamente para saber, estar ao corrente e pausa

Uma orientação. Pausa

O que se vai passar e o que fazer.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Acho que sim.

Se estão para ajudar a pessoa devem estar a informar.

Acho que devem informar os doentes, desde que os doentes estejam conscientes. Pausa

Deve saber o que se passa com ela própria. Pausa

É o que eu penso.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 7 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino x

♦ Idade: 74

♦ Profissão: REFORMADA

♦ Grau de parentesco: MARIDO

♦ Escolaridade: ANALFABETA

♦ DIAGNÓSTICO: NEO DO COLON

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Hum... Pausa

O meu marido tem sido muito bem tratado, foi operado a um hérnia, não temos nada a dizer.

O médico falou comigo.

2 - Ajudou-o a entender a doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?.

Tudo. Tudo.

O médico tirou-nos as dúvidas.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Eu acho que sim.

Acho que todas as pessoas deviam saber o que têm para serem mais cuidadosas e para a gente saber.

Para mim eu quando vou ao médico pergunto logo o que tenho e como faço, pausa

Eu sou uma pessoa que quer saber. Hum

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Os médicos.

O doutor tem a obrigação de nos informar.

O Sr Dr, o Sr Dr..... Pausa

Explicou de tudo. Pausa.

O que foi operado. Pausa

Da probabilidade do meu marido de ficar com o saco.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Na decisão médica? Acho eu... hum.... Pausa

Se nos disserem o que se passa e pedirem uma opinião. Pausa

O médico pedir opinião. Pausa

O médico disse ao meu marido, perguntou ao médico, ao que ia ser operado, e respondeu-lhe que poderia ficar com um saco.

O médico disse-lhe que deveria ser operado mesmo que ficasse com um saco.

E nós achamos bem. Ele tem um problema de saúde. Pausa

Tem um tumor no recto e está. Pausa

Estamos bem informados do que ele tem.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da doença?

O meu marido veio às urgências porque estava a deitar sangue nas fezes.

Quando veio à casa de banho, estava cheio de sangue.

E o Sr Dr, Sr Dr. Pausa

Disse-lhe para vir à consulta e tem andado sempre a vigiá-lo.

Mas disse logo desde o primeiro dia que tinha que ser operado.

Que tinha que ser operado.

Mas disseram-me que a biopsia não era nada de mau, de cuidado, de maligno.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Eu acho que sim, eu para mim acho que sim.

Porque eu gosto de saber, eu fui operada seis vezes e gosto de saber.

E todas as vezes quis saber o que tinha, o que não tinha, como ficava, como não ficamos.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da doença?

Pois.

Porque a pessoa fica a saber o que tem.

Muitas vezes estamos a tratar de uma coisa e temos outras.

E assim fazemos assim os exames, as análises todas, é sempre bom.

Eu faço sempre análises de três em três meses.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Acho que devem ter um pouco de paciência prá gente.

Devem de informar, pois. Pausa

Se a gente perguntar, devem informar, pois.

Bom, mas há umas que não deviam informar, são uns cavalos.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 8 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino: X

♦ Idade: 53

♦ Profissão: empregado do comercio

♦ Grau de parentesco ou o próprio: marido

♦ Escolaridade: 10 ano

♦ DSIAGNÓSTICO: ANEURISMA DA MESETERICA

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Toda a informação sobre a doença. Pausa

Eu já sabia em Cabo verde, pelo médico que tinha que ser operado aqui.

Portanto quando viemos para Lisboa, sabíamos o que se iria passar.

2- Ajudou-o a entender a doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim. Pausa

A perceber a gravidade da situação e a operação que se ia fazer.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Muito. Soubemos desde o início o que se passava e o que tínhamos que fazer.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O médico assistente.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Sim. Mais para compreender a situação, do que para participar. Pausa

Participar é mais complicado, não temos conhecimentos.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da doença?

Tivemos um encontro, uma conversa com o médico que como já lhe disse explicou-nos a doença do meu marido.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Devem ter. Pausa

Para poderem enteirar-se da situação. Pausa

Devem ter conhecimento do que tem.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da doença?

Sim. Pausa

Tive informação. Pausa

Deve-se esclarecer tudo.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Devem, já que estão mais próximos do doente.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 9 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino: X

♦ Idade: 26

♦ Profissão: TÉCNICO DE INFORMÁTICA

♦ Grau de parentesco: AVÓ

♦ Escolaridade 12º

♦ DIAGNÓSTICO: NEO DO PANCREAS

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Acho bem . Pausa

Que deve ser.

Deram-me a explicação sobre a doença da minha avó, e... Pausa

Eu aceitei.

2- Ajudou-o a entender a doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim. Ajudou-me muito.

Para saber o que a minha avó tem e como a podíamos ajudar.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Muito útil.

Porque há uma explicação sobre um procedimento técnico. Pausa

Do que fizeram.

Porque nós não sabemos sem essa explicação.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O cirurgião, o médico.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Não.

Porque não percebo nada sobre as doenças e muito menos sobre a cirurgia.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Calmamente.

Explicou-me tudo bem explicadinho, e não me ocultou nada.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Não sei.

Se calhar há casos que sim e há casos que não.

Depende do caso.

Não sei se é bom para o doente. Pausa

Depende do doente.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da doença?

Eu quero.

A doente em si é que não sei se deve ter ou não.

Fica ao critério do cirurgião, do médico. Pausa

Do doente e da família dos doentes.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Podem dar informação.

Mas acho que é o médico. Pausa

Que é o entendido, não é?

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 10 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino:_____

♦ Idade: 34

♦ Profissão: EMPREGADO DE BALCÃO.

♦ Grau de parentesco: FILHA

♦ Escolaridade: 10º

♦ DIAGNÓSTICO: OCLUSÃO INTESTINAL, NEO DO COLON

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

É isso que eu venho fazer hoje. Pausa

É precisamente isso. Pausa

Venho para falar com o Sr. Dr.

Isto foi tudo em cima da hora.

Quero saber, foi em cima da hora, não tivemos tempo, nem acesso a nada.

Porque surgiu uma complicação.

Venho falar com o Sr. Dr, por isso mesmo.

Porque quero saber o que vai ser feito, que cirurgia ela vai fazer, que riscos é que vai correr.

É essa a resposta que eu quero encontrar, é o que eu vou procurar.

Nós estamos à espera do Sr. Dr.

2- Ajudou-o a entender a doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Não, ninguém esclareceu nada.

Não é que eu vá dar algum palpite, mas, como é lógico, não vou, mas quero saber o que é que se passa.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Muito, muito útil.

Essencial.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O médico.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Não sei.

Não me acho com capacidade para isso.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da doença?

Quer dizer não foi.

Dizeram-me para vir à consulta daqui a oito dias e depois foi internada e não sabemos de mais nada.

Marcamos os exames. Pausa

Só sabemos que fez exames e viemos entregar, Pausa

A partir daí, não sabemos de mais nada.

Sabemos que tem que ser operada, mas a quê? E porquê?

Estamos completamente às escuras.

É o que venho aqui procurar saber.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Tudo, tudo.

Pelo menos para nós podermos saber como lidar com a situação.

Já passei isso com a minha mãe infelizmente.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da doença?

Sim, claro.

Já passei por esta experiência.

Porque tenho que saber como devo lidar com a situação.

Já passei antes deste episódio, outra doença com a minha mãe e tenho que saber.

E isso ajudou-me muito.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

É isso.

O responsável é o médico.

Nós também esperamos que o enfermeiro diga qualquer coisa.

Mas a gente sabe que o médico é que decide, sobretudo ao nível de algumas decisões.

Pausa.

Não passa por elas enfermeiras.

Não tenho razão de queixa dos enfermeiros.

Acho que podem informar e o que se vai passar.

Mas no decorrer da doença e do que se vai passar, acho que sim.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 11 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino:_____

♦ Idade: 45

♦ Profissão: TÉCNICA DE TURISMO

♦ Grau de parentesco: NETA

♦ Escolaridade: BACHAREL

♦ DIAGNÓSTICO: ESTENOSE DO ESOFAGO

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

O doente deve ser informado de tudo.

Olhe, devo dizer que ajuda o doente e à família.

2- Ajudou-o a entender a doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Ajuda, ajuda.

Mas pode haver pessoas que não entendem o que lhes é dito e podem aumentar o medo, o desespero. Desde que a pessoa tenha alguém que a ajude nestes momentos. Pausa

Eu acho bem.

Desde que as pessoas entendam, eu acho bem, Pausa

Eu gostava de saber se fosse o meu caso, o que estava a acontecer.

3- Acha útil o consentimento informado?

Sim, acho útil.

Mas o melhor é não ter que passar por isto.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

É o médico.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Só se tivesse conhecimentos. Pausa

Sim, mas eu deixo tudo nas mãos do médico.

Mas estou aqui para perceber, ele falou mas eu não entendi.

Eu acho bem que se participe, mas não se pode interferir no campo dos médicos.

Por isso é importante que nos expliquem tudo. Pausa

Mas o que se faz, estar inteirado do que se faz, não sei o quê?

Mas mais nada.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da doença?

Dizeram-me que o meu pai estava mal e que tinha que ser operado.

E eu deixei-o resolver, não devia pô-lo em causa.

Depois vim a saber que a cirurgia não era necessária, mas por isso eu estou aqui para saber.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Não acho que não.

A pessoa já está mal, não vale a pena piorar mais as coisas.

Torna-se tudo pior, corta-se a esperança.

A vida está nas mãos de Deus.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Eu, Eu, quero saber e entender o que se passou, ainda não sei.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

O enfermeiro pode não estar apto para isso e até não poder.

O que interessa é o médico.

Podem até não poder participar, nem dar, dar informações. Pausa.

Devem servir o médico.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 12 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 47

♦ Profissão: ASSISTENTE ADMINISTRATIVO.

♦ Grau de parentesco: FILHA

♦ Escolaridade: 11º ANO

♦ DIAGNÓSTICO: NEO DO COLON COM METASTASES OSSEAS

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Acho que estamos muito mal informados. Pausa

Nós chegámos aqui e ninguém nos informou de nada, temos que andar á procura das pessoas para ver se alguém nos diz alguma coisa.

E a única pessoa que nos diz alguma coisa foi a Dr. C.L.

Porque está ali escrito na cama do meu pai que era o Dr. R.M. Pausa

Eu fui falar com ele e ela disse-me que não era, mandou-me para outro.

Falei com o outro Dr. J.C, parece-me. Pausa

E o Dr. J.C disse que não era e disse-me para falar com o Dr. C.L

Eu vim cá com a minha irmã, para falar com a Dr. C.L e ela disse-me que eram os dois.

Portanto eles andam a empurrar um para o outro, nem era um nem o outro. Percebe?

Eu acho que estamos muito mal informados.

2- Ajudou-o a entender a doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Ajuda completamente. Mas como lhe disse, não fui, não fomos informados.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim, claro.

Porque nós precisamos de saber o que o meu pai tem. Pausa

Faz amanhã três semanas que esteve cá internado. Pausa

Só houve uma vez que falaram connosco.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Já que os enfermeiros não podem dar. Pausa

Acho que os médicos a deviam dar.

Os enfermeiros não falam sem a autorização dos médicos.

Muitas vezes dizem que não sabem.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Depende dos casos.

No caso do meu pai acho que sim, mas penso como ele está consciente também pode participar, também tem a opinião dele.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da doença?

Não foi.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Acho, acho, depende. Pausa

Há pessoa que podem aceitar e há outras que se calhar custa mais um bocadinho a aceitar. Pausa

Para uma coisa mais grave.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da doença?

Sim. Porque quero saber em que situação em que se encontra. Pausa

Esteve em medicina, agora está aqui.

Pelos vistos não vai ser o último sitio em que vai estar. Pausa.

Já foi para ser operado e não foi. Pausa

E a gente quer saber.

Andamos nisto.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Eu acho que eles devem informar as pessoas.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 13 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 38

♦ Profissão: TÉCNICO ESPECIALIZADO

♦ Grau de parentesco: FILHA

♦ Escolaridade: FILHA

♦ DIAGNÓSTICO: AMPUTAÇÃO DA PERNA (PÉ DIABÉTICO)

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Eu acho que devemos ter sempre acesso a toda a informação à cerca do doente.

Que não tivemos.

2- Ajudou-o a entender a doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Ajuda sem dúvida.

Sem saber qual a doença que ele tem e como está a decorrer, nós não sabemos.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim.

É útil e devia ser obrigatória.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Alguém que esteja presente quando a gente cá vem, seja médicos ou enfermeiros.

Porque a gente andar no hospital à procura de alguém para dar uma informação não dá!

É um pouco desgastante.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Depende dos casos.

Temos o caso do meu pai em que decidiram que iam cortar os dois dedos, disseram que iam cortar os dois dedos. Pausa.

O próprio médico à última da hora, decidiu cortar a perna.

Falamos com a Dr. C.L e diz que isto não se põe em questão.

Eu não percebo nada.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da doença?

A informação que foi transmitida, foi andar a trás do médico durante quase dois dias e a DR C.L disse-nos alguma coisa.

Já passaram oito dias e aguardamos. Pausa

Se encontramos alguém para saber o que se está a passar novamente.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

É complicado.

Mas acho que o doente deve saber tudo o que se passa com ele.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da doença?

Eu gostava de a ter . Pausa

Mas não a tenho.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Eu acho até que os enfermeiros podiam não dar tanto pormenor, mas dar alguma informação.

Para nós chegarmos aqui, o médico não está, entretanto o médico foi para casa e depois o enfermeiro disse que não sabe de nada.

Não é muito agradável.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 14 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino:_____

♦ Idade: 69

♦ Profissão: REFORMADA - LIMPEZAS

♦ Grau de parentesco: MÃE

♦ Escolaridade ANALFABETA.

♦ DIAGNÓSTICO: TIROIDECTOMIA+ HERNIORRAFI

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Eu acho bem até deviam dar mais informações... Pausa

Que às vezes não dão ao doente, nem a nós.

Não dão porque têm medo, fica mal.

Antigamente não davam nenhuma informação, agora já está melhor.

Antigamente não informavam ninguém, agora já melhor. Pausa

Antigamente era só os familiares, agora já informam mais as pessoas das doenças.

2- Ajudou-o a entender a doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim, sim, a mim têm vindo a informação dos problemas....Pausa

Mas ao longo do tempo ... Pausa

E a gente vai viver na medida do possível.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Eu acho que sim... Pausa

É útil.

Eu acho que têm.

Eu acho bem, ajuda a compreender as coisas, ajuda a pensar, a gente... Pausa

Que é de uma maneira que não é... Pausa

Não é tão mau.

A informação é boa, ajuda a gente a pensar e a viver, tem que ser, para mais a gente tem que a aceitar, não é?

Mas, pronto.

Mas temos que aceitar, pronto.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Eu acho que é os médicos.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Eu acho que não devo participar nessas coisas, já não me compete.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da doença?

A informação..... Pausa

Fui às consultas e explicaram que o meu filho tinha um problema na tiróide e fizeram-lhe uma biopsia e depois veio a saber o resultado e que não era nada de mal.

Pronto que não era má.

É assim... Pausa

Explicou as coisas.

E quando o operou também explicou... Pausa

Operou à tiróide e à hernia no mesmo dia.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Há doentes que reagem bem e há outros doentes que reagem muito mal.

Aí é que a gente não sabe...Pausa

Não sei.

Há doentes que se conformam e reagem bem.

Se eu tivesse uma coisa má até reagia muito mal mesmo.

Porque sou uma pessoa pessimista, estou sempre a pensar o pior.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Quero ter, quero.

Tenho vindo sempre a trás deles, não houve nenhuma consulta que eu não estado...Pausa

Há pois.

Gosto muito que me informem e pergunto muitas coisas aos médicos, porque gosto de estar dentro do assunto.

Porque se o meu filho fizer as coisas mal feitas, eu ralho-lhe, apesar de já ser um homem feito.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Acho que também tem um grau bom para informar.

Devem também informar os doentes.

Quando o médico não está, devem informar os doentes.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 15 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino:_____

♦ Idade: 35

♦ Profissão: DESEMPREGADA - EMP FABRIL

♦ Grau de parentesco: SOBRINHA

♦ Escolaridade: 7º ANO.

♦ DIAGNÓSTICO: NEO DO COLON

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Eu acho que às vezes a informação não nos é dada.

Estamos mal informados e...Pausa

Outras vezes é pouca... Pausa

Outras vezes não é acertada.... Pausa

Outras vezes é, é.

2 - Ajudou-o a entender a doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Não nos informaram de nada.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim para nós sabermos como está o doente para sabermos lidar com a doença que ele tem, o que se passa com ele, para sabermos cuidar da pessoa em questão, quais os riscos, o grau da doença, o que podemos fazer.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O médico que a está a acompanhar.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Em certos casos, sim.

Nos casos graves, em que o médico tome uma decisão...Pausa

Acho que o médico deve participar á pessoa mais directa do doente.Se acha que deve partir para esse meio ou não.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da doença?

Não foi transmitida.

Foi transmitido que iria ser operado ao intestino, mas a mim, a mim, não me disseram
....Pausa

Como é que isso iria funcionar, nem nada.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Isso aí acho que não.

Acho que não, porque a ansiedade da pessoa saber que o caso da pessoa é muito grave...

Pausa

E que pode recusar as ajudas, pensar que não vale a pena avançar o tratamento.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da doença?

Sim, sim.

Só os familiares, os doentes não.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Acho que os enfermeiros deviam participar e informar.

Porque estão mais em contacto com o doente... Pausa

E o médico não está sempre disponível, não é?

Têm mais gente para tratar.

O enfermeiro devia participar mais aos familiares, para darem conselhos, para tratar os doentes.

Deviam ter uma participação mais directa do que o médico.

ENTREVISTAS

MÉDICOS

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 6 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: X

♦ Idade: 54

♦ Especialidade: CIRURGIA GERAL

♦ N.º de anos de experiência profissional? 25

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

É no fundo o doente estar informado do que lhe irá acontecer, não é?

As pessoas submetem-se ao tratamento, mas tem que estar informadas sobre o que é o tratamento, os riscos que correm, os que não correm, não é?

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Sim. Os doentes têm que saber para onde é que vão. Não é?

Se aceitam a cirurgia, tem que saber o que é essa cirurgia, o que vai fazer e os riscos que corre.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

O médico, quer dizer o médico. Não é?

No fundo a pessoa que estiver... Pausa

No fundo habilitada para dar informações sobre aquilo que vai fazer, sobre o tratamento.

O médico que o vai tratar é que sabe qual o tratamento que propôs, qual o tratamento que vai fazer.

Ele é que sabe.

É o médico que o vai tratar e que lhe propôs a cirurgia, é que pode responder melhor ao doente.

O médico que o vai tratar é que lhe diz... Pausa

O Sr. vai fazer isto, isto e isto e ...Pausa

E vai fazer estes exames, estes e estes.

E há estes riscos.

Só quem está dentro do assunto é que sabe.

Não é uma pessoa de fora, que não conhece os riscos... Pausa

Os riscos dos exames, nem terapêuticos. Não é?

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

Hum... dificuldades, dificuldades é aqui que não está instituída e é mau.

Isto é uma questão de habito, todas as pessoas... hum Pausa

Há serviços que fazem assim... Pausa

Todas as pessoas que entram tem logo, portanto a folha onde tem tudo o que pode acontecer.

E depois as pessoas assinam.... Pausa

Que aceitam. Muitas vezes esse papel não tem tudo explicado, todo o procedimento que vão fazer.

Só têm se as pessoas aceitam ou não os tratamentos que vão ser necessários. De facto é isso.

Deveria ter mais informações sobre o que , que vai acontecer, sobre os procedimentos, sobre o que, que.... Pausa

Tudo, tudo aquilo que corre, os riscos, os exames que fazem.

Devia estar informado sobre isso.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Pois isso aí é mais complicado.

Nessas situações o indivíduo... Pausa

Tenta-se dar mais informação aos familiares se tiver familiares e ao doente, e ao doente ...Pausa

O que precisa de fazer.

Mas nunca se fala directamente às pessoas. Há pessoas que aceitam perfeitamente o diagnóstico, tem que se ver do ponto de vista psicológico...Pausa

Se o doente aguenta saber, se aceita ou não a informação do tumor, o pior o cancro.

Há pessoas que aceitam perfeitamente. E portanto é isso.

E há outras pessoas que se souberem que têm um cancro... Pausa

Podem suicidar-se, por ex..

Tem realmente que se conhecer bem a personalidade da pessoa e ver se poderá aceitar ou não esse diagnóstico, se consegue aguentar.

Na maior parte das pessoas vai-se avaliando, o que está a envolver o doente, como poderá reagir.

Por isso temos que conhecer bem o doente, a sua história.

Temos que ter conhecimento profundo se ele vai aceitar ou não.

Vamos a pouco a pouco, na consulta e nos vários contactos introduzir isso, essa informação.

Vamos dizer o Sr. vai iniciar tratamento, assim , assim...Pausa

Tem uma célula maligna, tem uns problemas. E não de repente.

Tem muito a ver com a personalidade das pessoas, há pessoas que acabam por aceitar, tem muito a ver com o doente... Pausa

É assim.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Quer dizer.... Pausa

Há e não há....Pausa

Habitualmente, bom... Pausa

Um indivíduo vai operar e pode pensar encontrar uma coisa e aparece outra coisa.

Isto é o doente vai ser operado a uma coisa e é mais extenso. Sabe?

E o doente como é?

Eu posso dizer vou operá-lo ao intestino, vou tirar um bocado... Pausa

Mas chega-se lá e pode-se tirar mais coisas.

Por isso não se pode dizer exactamente o que se vai fazer. É uma incógnita.

Não é possível fazer isso.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Sim. Isso não há dúvida.

Pelo menos as pessoas estão a par do que vai acontecer. Não é?

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

É, é.... Pausa

Da parte de enfermagem é as Sr. Enfermeiras que dão.

E depois há a outra parte, parte clínica ... Pausa

Que somente os médicos que poderão dizer o que se está a passar.

Só ele é que poderá informar ao doente do que se está a passar e dos exames. E como se processa.

A enfermeira deve participar na parte que lhe toca, que é os cuidados de enfermagem ao doente, que está mais habilitada do que o médico a tratar dessa parte.

Da outra parte tem que ser o médico. Cada um com as suas, seus conhecimentos....

Pausa

Transmitir ao doente a parte que lhe toca. Não é?

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 17 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: X

♦ Idade: 63

♦ Especialidade: CIRURGIA GERAL – CHEFE DE SERVIÇO

♦ N.º de anos de experiência profissional? 36

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

O que é?

O consentimento informado tem que ter um tema, uma matéria e dentro dessa área é procurar ter a certeza de que se dá conhecimento ao doente de tudo o que é necessário, para que ele possa tomar uma decisão devidamente fundamentada, segundo os seus próprios critérios.

Depois é uma coisa relativamente simples, aparentemente... Pausa

Mas mais complexa a prática. Tem que se ter em linha de conta o grau de cultura da pessoa, do doente que recebe a informação, o grau de conhecimento sobre a matéria que está a falar, aspectos até mais complexos... Pausa

Sociais, económicos e religiosos.

Portanto você tem que tentar saber com quem está a falar sobre esses aspectos todos.

E depois dá uma linguagem apropriada, dando ao doente a informação que for necessária para que com esses dados todos bem explicados e compreendidos, possa dar uma resposta em que você tenha a certeza que possa ser uma resposta que saiba as condições.

É preciso rodear-se desses cuidados todos para ter a certeza que de facto o consentimento informado é realmente informado.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Claro.

Acho que deve ser uma preocupação na relação médico- doente.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Deve ser o médico responsável pelo tratamento.

Isto é deve ser.... Pausa

É fundamental em termos de figura, mas esse médico pode-se rodear depois de alguns acesores de acordo com as dificuldades que a matéria envolve.

A matéria mais simples pode ser apenas o médico assistente, o médico que pratica a terapêutica.

Há áreas e problemas que são mais complexos, não é?

Que implicam que para o consentimento informado ser real, pode ter que recorrer a outras áreas.... Pausa

Áreas da sociologia, da psicologia, para chegar a um bom consentimento informado.

Às vezes o consentimento informado tem que ser dado por um grupo de pessoas.

Porque o acto médico hoje em dia não....Pausa

Não é um acto isolado ... Pausa

É um acto médico de equipa, se o acto médico é de equipa, é a equipa que deve dar informações, no sentido de uma forma conjunta.... Pausa

Com várias pessoas envolvidas.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

As dificuldades se, se aplica o princípio não serão assim muitas.

É necessário tempo, paciência, disponibilidade.

Não se pode ser uma coisa feita... Pausa

Tem que ser feita com cuidado e com atenção. Não pode ser uma coisa feita de forma apressada e descuidada, não é?

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Olhe isto é um problema muito complexo e eu não tenho resposta para isso.

Porque costuma-se dizer que na cultura americana os médicos dão a informação total sobre a natureza da doença. Portanto envolve a resposta da informação sobre o prognostico, sobre as estatísticas baseadas nas..... Pausa

Estatísticas que a ciência demonstra na altura que se informa.

Eu devo confessar que nestes anos de clínica, eu continuo a ter muitas duvidas que essa será a melhor solução.

Porque eu acho que a função essencial do médico é ajudar o doente.

Fazer com que a pessoa minore o sofrimento físico e psíquico por um lado e tempo de vida o mais longo possível, mas que dê qualidade... Pausa

Fundamentalmente qualidade de vida enquanto está a ser tratado, a sofrer o tratamento ou com o tratamento parado.

Portanto é preciso deixar as coisas seguir.

Não há problema, quando não há uma doença grave, a informação... Pausa

É quando a informação, é uma informação suave, informação que traz para o doente uma situação que não envolve risco de vida ou o tempo de vida curto, sobrevivência é completa.... Pausa

É fácil.

Quando estamos perante um doente que nós sabemos que a sobrevida é curta, eu acho que se deve tentar o que melhor serve... Pausa

O tempo que vai viver.

Temos nós a ideia do doente, do que se passa com ele, para o informar-mos da melhor maneira ou até não o informar-mos, não o informarmos.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Pode haver ou não relação.

A qualidade na prática clínica é mais abrangente do que o consentimento informado.

Pode não haver consentimento informado e haver qualidade na prática clínica.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Sim, no aspecto que obriga entre aspas ao médico a falar com o doente.

E haver uma melhor comunicação e relação médico- doente.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Não, não devem participar no consentimento informado.

Só devem participar na informação à cerca dos cuidados que prestam ao doente.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 18 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 22

♦ Especialidade: 6º ANO (INTERNO DA ESPECIALIDADE)

♦ N.º de anos de experiência profissional?

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

É informar as pessoas se estão de acordo ou não em dar uma determinada autorização para o seu tratamento

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Sim.

Porque é obrigatório informar os doentes sobre o seu tratamento.. Pausa

Antes do seu tratamento.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Acho que os médicos.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

Talvez a falta de tempo.... Pausa

Sobretudo a falta de tempo.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Tento explicar o que eles têm, o que é que não têm, qual a evolução, quais as técnicas que podem utilizar para aliviá-los, para ajudara aliviar...Pausa

Combater a dor.

Acho que é isso.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Acho que sim.

Acho que a qualidade na prática clínica vai depender se há consentimento informado ou não.

Uma vez que a pessoa pode não aceitar esse consentimento... Pausa

Só há qualidade se, se informar o doente.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Acho que sim.

Porque a comunicação é também humanizar a relação entre o médico e o doente.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Eu acho que quem tem que fazer o consentimento informado é sobretudo os médicos.

Mas dado que às vezes não tem tempo, aí os enfermeiros devem colaborar.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 19 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: X

♦ Idade: 54

♦ Especialidade: CIRURGIA GERAL – ASSISTENTE HOSPITALAR.

♦ N.º de anos de experiência profissional? 28

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

É a utilização de uma autorização expressa de exames, para qualquer acto médico...

Pausa

Desde que a pessoa seja esclarecida e em pleno juízo.... Pausa

Para a realização de qualquer acto médico.

2-Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Não.

Há cirurgias em que posso necessitar de determinados exames, tais como HIV, hepatite e o doente não querer, mas faz!

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

O médico.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

Não tenho encontrado.

5 - Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Dou-lhes toda a informação que lhes posso dar... Pausa

Depende da situação e do doente.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Não.

Há relação mas na prática não.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Sim.

Porque acho que as pessoas devem ser informadas...Pausa

A situação que estão a viver.... Pausa

Devem ser elucidadas do que lhes estão a fazer e do que tem.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Interligação com os médicos.

Uma ligação privilegiada com os médicos.

Devem participar conjuntamente com os médicos, não devem ser as próprias a assumirem a situação e a informar.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 20 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: X

♦ Idade: 58

♦ Especialidade: CIRURGIA GERAL – ASSISTENTE HOSPITALAR

♦ N.º de anos de experiência profissional? 32

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

O consentimento informado é uma autorização expressa do doente, de como eu poderia realizar determinado acto médico, não é?

Depois de ele ter sido ...Hum... Pausa

Esclarecido à cerca do que se pretende com, com o acto médico, com enfim qualquer acto.

Quer seja cirúrgico, quer seja um exame complementar ou exame agressivo.

É isso que eu entendo que é o consentimento informado.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Quer dizer em princípio o consentimento informado devia ser sempre obtido, agora...Pausa

O consentimento informado tem que ser regulamentado.

Por ex. não é possível ter consentimento informado numa situação de extrema urgência.

Tem que estar bem expresso isso e às vezes não está.

Penso eu.

Além da extrema urgência, há outras situações..... Pausa

O doente está perturbado ou diminuído.

O consentimento informado pode passar nessa altura para os familiares e não para o doente.

É isso que eu entendo.

Por princípio acho que sim.

Deve ser obrigatório, tiradas.... Pausa

Essas situações das urgências e doentes com alterações momentâneas ou mesmo insuficiência, a lei contempla muito bem.

E nessa altura o consentimento informado passa para os familiares directos, não é?

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Hum.. Pausa

Por principio o médico é responsável pelo doente, não é?

Em particular aquele que vai exercer o acto que seja mais agressivo.

Nomeadamente se for para cirurgia deve ser o cirurgião, não anestesista, nem o enfermeiro.

Deve ser mesmo o cirurgião.

A pessoa mais responsável pelo acto.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

As dificuldades que encontramos, às vezes a falta de até de de enquadramento para podermos conversar com calma com o doente. Não é?

Lamentavelmente isso acontece... Pausa

Às vezes não há sitio para podermos falar com o doente e com a família. Não é?

Se bem que estes aspectos tem estado a melhorar.

Tem sido das coisas que melhor, tem melhorado.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

O tipo de informação?

Depende até às vezes do que o doente quer.

Hum... Pausa

Nós temos que dizer toda a verdade se não for ao doente aos familiares mais directos.

A esses devemos dizer sempre.

Agora ao doente a informação que eu dou, vai de acordo com o que o doente pretende.

Infelizmente há uma grande percentagem de doentes que nem sequer querem saber da gravidade da sua situação. Não é?

Ainda encontramos, uma coisa cada vez mais rara, mas que encontrei muito no início da carreira.... Pausa

O sotor é que sabe.

Isso agora não é assim. Mas ainda há muitos.....Pausa

Há muitos assim.

Agora aos familiares directos temos a obrigação de informar completamente.

Mas muitas vezes encontro muitos doentes que não querem saber... Pausa

Ou não querem saber ou fingem que não querem. Não é?

Até porque uma das coisas que eu vejo habitualmente é o seguinte, há muito tempo que as informações médicas, as notas de saída, por ex.: não vai aberto.

Porque é sistemático que quando vai fechado tentarem abrir. Portanto a informação, acabam sempre por a ter.

Mas esse tipo de informação, não está no âmbito do consentimento informado, é uma informação à posteriori.

Não é?

Mas realmente a informação que dou, até pela nossa sensibilidade nós sabemos se o doente quer saber ou não.

E também depende do tipo de doente. Se o doente tem responsabilidades graves em relação à família. Não é?

Nós temos que dizer tudo.... Pausa

Temos que dizer.

Lembro-me da informação que tive que dar em certa medida, em termos de consentimento informado, porque era um doente que eventualmente ia fazer uma endoscopia... Hum.... Pausa

Broncoscopia e depois uma quimioterapia.

Até uma pessoa cujo nome até era conhecido, o T.C, que já morreu, daquela casas de noivas e coisa e tal.

Já morreu há uns anos. E tinha um cancro do pulmão.

Mas ele tinha uma família que além da mulher que era prima direita, tinha cinco filhos, quatro com doenças neurológicas e coisa e tal.

Era uma pessoa que tinha obrigações e eu tive que lhe dizer tudo.

Inclusivamente ele perguntou em termos de prognóstico, quanto tempo teria e tudo mais.

E eu tive de dispor de certa maneira da sua vida, com o genro que nunca o apoiou muito.

E teve que ter as suas coisas distribuídas, por causa disso.

E este foi um caso que contei absolutamente tudo.

Claro que a mulher quando soube e o genro também soube não gostaram... Pausa

Mas a ele tive que dizer tudo... Pausa

Prá já claro que ele também era uma pessoa diferenciada.

Mas eu achei que devia dizer exactamente por causa disso.

Ele ficou um bocado atrapalhado quando eu lhe disse que estatisticamente poderia ser seis meses de vida.

Felizmente durou mais.

Lá está esse tempo de vida orientou a sua vida de forma a fazer as coisas da maneira melhor possível.

Infelizmente é assim.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Eu acho que há relação... Pausa

Quando há o consentimento informado, há uma maior transparência em termos de processo, de dúvidas, que os familiares... Pausa

Às vezes mais os familiares que o próprio doente tenham em relação ao tratamento e procedimentos.

Não há dúvida, que nesse aspecto há um benefício do consentimento informado.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Sim. Sim.

Exactamente na humanização... Pausa

Do que estava a dizer. Porque há realmente uma transparência nos processos e portanto os familiares apreciam muito mais... Pausa

Quer dizer estarem informados á cerca do que se está a passar.

Portanto é assim!

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Olhe isso é um problema, que quanto a mim não é assim tão fácil.

Hum...Pausa

Os enfermeiros devem ter um grau de comparticipação bom, até porque estão lá mais tempo, em presença física com o doente do que os próprios médicos.

Agora o consentimento informado habitualmente é efectuado na ausência deles.

É evidente que eu não vou internar, propor para cirurgia sem ter o consentimento do doente.

Agora o consentimento pode não ser escrito, porque nós ainda não temos esse habito de termos o consentimento escrito antes do internamento.

Acho que isso devia existir, não é?

E já há quase vinte anos, houve uma folha aqui neste serviço que foi feita e depois a própria administração deste hospital exigiu que fosse retirado, porque devia passar pelo conselho de administração e ainda há uma folha, folhinhas do consentimento informado e realmente... Pausa

Em relação à participação dos enfermeiros no consentimento informado, lá está! É útil, é necessária.

Agora realmente há determinados factores que não é, que fazem que não seja às vezes tão fácil.

Não é possível que a gente possa falar ao mesmo tempo, mas às vezes é possível com a enfermeira responsável.

Dar informações muito breves e muito directa, é o doente que toma conhecimento da sua doença, às vezes a gente diz, não é?

Por ex. às vezes temos isto: a família não esta informada, não quer saber Pausa

Percebemos que o diagnóstico seria um rotulo, não é?

Que iria ser negativo em relação à sua aceitação em relação ao seu tratamento. Não é?

Mas formalmente, normalmente informo a enfermeira e também à enfermeira de uma forma discreta, sei lá?

Nós sabemos, que é um HIV positivo e vai ser feito em último tempo, por causa disso.

E realmente lá está são informações que a gente dá porque temos conhecimentos da enfermeira que estamos a lidar, não é?

Isto porque também pode ajudar até na aceitação de determinados procedimentos, não é?

Que podem não ser tão óbvios como por ex. ... Pausa

Aqui há pouco tempo aconteceu um caso que realmente, um doente era seropositiva e teve que ser isolada numa sala.

E, e... Pausa

Com, com o enfermeiro de serviço que até procedeu bem... Pausa

Isolou o doente, explicou ao doente. E a doente mesmo assim não aceitou.

Mas isto já foge um bocadinho ao que me perguntou.

Qualquer das formas é para reforçar, que o consentimento informado devia ser o ideal, na altura do consentimento informado a enfermeira tivesse presente.

Mas a enfermeira prá já não é sempre a mesma, rodam imenso, por turnos.

E a maior parte das vezes é feita a nível da consulta, sem a presença da enfermeira.

Portanto eu penso que sim, é necessário, as dificuldades resultam disso e que habitualmente costuma ser ultrapassadas.

Porque de uma maneira geral, há um grupo de enfermeiros num serviço, pessoas que estão há mais tempo, que conhecem, a .. Pausa

Há até numa camaradagem profissional que é até ultrapassado.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 21 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: X

♦ Idade: 51

♦ Especialidade: CIRURGIA GERAL – ASSISTENTE HOSPITALAR.

♦ N.º de anos de experiência profissional? 29 ANOS

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

Hum, eu penso que é... Pausa

O consentimento informado do doente após ter sido informado da situação que tem, da história natural, previsível da doença sem terapêutica e da proposta terapêutica.... Pausa

Que é submetida com a informação à cerca dos riscos inerentes que são obviamente...

pausa

Que são sempre balanceados com as histórias da doença não tratadas.

É isso que permite ao doente fazer o consentimento informado.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Com certeza.

Porque a decisão de tratar e especificamente neste caso cirúrgico é do doente.

Tem que partir sempre da vontade do doente, excepto em como é obvio em situações limites, não é?

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Tem que ser o médico que vai tratar do doente.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

Isso como é obvio na prática depois as coisas são muito mais complicadas.

Hum... são complicadas pela situação do doente, hum... Pausa

Que por vezes está debilitado, não quer que o macem, não quer saber, hum...Pausa

Tem uma cultura distante da nossa dominante, e isso torna a comunicação difícil e, e portanto a mensagem às vezes não é fácil de passar, e às vezes obriga a alguma simplificação para se conseguir haver uma comunicação mínima com o doente.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Hum, hum... Pausa

A nossa tradição, não é uma tradição como tem os Americanos de, de dizer tudo aos doentes claramente.

Mas com um mínimo de experiência e eu não tenho propriamente só um mínimo de experiência, é fácil perceber o que é o que os doentes querem e não querem saber.

E portanto hum...Pausa

Se o doente quer saber eu forneço-lhe toda a informação que tenho, se o doente obviamente não quer saber, se foge de se confrontar com a verdade usa-se subterfúgios, que, hum... Pausa

Localiza-se a doença, diz-se que a doença é grave, que tem riscos para o futuro, se a pessoa não quer saber mais nada, isso chega-lhe.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Está tudo, está tudo, é obvio que não se pode dizer que há qualidade se não há consentimento informado.

Mas a qualidade pressupõe muitas mais coisas.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Com certeza, sem dúvida.

Porque se não há consentimento informado, os doentes não são tratados como pessoas, não é?

São tratados como um número, como casos, é a cama 26, não é?

É o Sr. X é a cama 26 que vai fazer isto e tem que fazer aquilo.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Os Sr. Enfermeiros podem ter um papel importante, hum... Pausa

Pressupõe obviamente que haja equipas estruturadas. Porque, porque, o enf. que aparece, hum...Pausa

Pára-quedista não têm obviamente capacidade para interferir nisto.

Os enfermeiros podem ter uma actividade muito importante, mas é preciso que se funcione num esquema organizativo completamente diferente.

As coisas como é obvio, é que o serviço de cirurgia tem que tratar de toda a patologia cirúrgica.

Os serviços tem que se departamentizar e tratar de coisas específicas.

Por exemplo: O apoio dos enfermeiros nos osteomizados é uma coisa crucial. Mas isso têm que funcionar numa equipa estruturada, em que cada um sabe o que é que anda a fazer.

É o futuro.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 22 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: X

♦ Idade: 49

♦ Especialidade: CIRURGIA GERAL – ASSISTENTE HOSPITALAR.

♦ N.º de anos de experiência profissional? 25

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

Na nossa cultura, depende da, hum.. Pausa

Da cultura dos doentes, por isso deve-se explicar com palavras simples.

Na nossa cultura não é da verdade.

Deve-se suavizar por ex.: adenocarcinoma do colo, utiliza-se a expressão tem uma ferida.

Dou uma verdade suave.

Devemos escolher m conjunto de termos atenuados.

Depende do grau cultural da pessoa, se tem que organizar a sua vida.

Na decisão terapêutica em conjunto com todos os especialistas oncologistas, deve-se então informar o doente, a informação deve ser personalizada.

No caso das testemunhas de Jeová se não quer transfusão, não se dá, mas o risco é acrescido.

2 - Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Não deve ser, só quando os doentes perguntam.

Obrigação não.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Médicos directamente envolvidos na decisão terapêutica, não o interno que faz a história. Não é obrigatório, mas tem que saber.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

A falta de entendimento das pessoas, não aceitam a verdade.

A noticia que se dá de chofre. É a noticia inesperada.

Mas damos algum tempo e depois voltamos.

A falta de conhecimentos.

E o choque da noticia, eu também estive doente... hum pausa

Depois de um banco, senti-me muito mal. Fui logo visto por um colega e ele disse-me:

“ ouve temos que te fazer um cateterismo, se resultar temos que fazer a operação via aberta”. Entrei logo em pânico, rezei e fui operado.

Não sei se está a ver-me numa cama de hospital e a ter que fazer uma cirurgia, foi horrível.

Tive como os doentes ter que aceitar.

Se é isto para nós imagino para os doentes.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

A informação é individualizada, depende do que o doente quer saber e do grau cultural.

Não vai ficar bem, melhora a qualidade de vida, mas morre.

Há nessa situação...Hum...Pausa

É melhor falar com a família.

Em Portugal é assim ao doente mente-se, à família diz-se a verdade e dizer a verdade crua e nua.

Aprendi no IPO de Coimbra que falamos de ferida que se cura.

Devemos informar o doente daquilo que tiver dúvidas, se não tiver não se diz nada.

O doente deve ter direito a saber.

Quando exige, sim.

De outra forma, não , só a família.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Acho que não tem relação... hum.Pausa

Se, se o doente sabe o que tem ... hum. Pausa

É um duodeno difícil, que pode haver uma fistula. Vou tentar tratar o melhor que sei.

As testemunhas de Jeová vai condicionar, vai condicionar, damos outros fluidos, eritropoetina antes. Condiciona o resultado.

Não é o consentimento informado que vai modificar o acto cirúrgico e a terapêutica.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Acho que sim.

O doente ao ser informado da doença e do que espera de nós, há uma melhor relação.

É igual ao carro da oficina.

Não sei se todos os doentes querem saber, o que o doente quer, é que o médico faça a mãe um transplante de cérebro.

Hotéis de luxo é o que querem.

Entender melhor as expectativas, entender melhor a própria cirurgia e tratamento.

Não condiciona a qualidade, mas as expectativas.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Fazem parte da equipa.

Eu sou o primeiro a explicar, o que nós esperamos, um doente do cólon o que espera.

Claro que é importante para saber, dar explicações aos doentes e à família.

O consentimento informado permite ajudar as expectativas do doente e família.

Não é um imposto de selo, mas deve-se dizer às pessoas.

Quando é pessoal da saúde é mais difícil, o meu antigo director tinha um refluxo e depois sabe sentiu-se mal.

Quando soube que poderia ter alguma coisa maligna, chorou, gritou.

Fez uma biopsia que veio semi maligna. Mas nós dissemos-lhe que ela era benigna.

Ficou todo contente, mas estava todo metastizado.

Mas pelo menos não sofreu.

A família sempre soube o que ele tinha.

A família nunca conta ao doente, mas a família sabe a verdade crua e nua.

Muitos dos nossos doentes não sabem o que tem, mas a família sim.

A família muitas vezes exigem-nos que façamos milagres, que façamos um transplante cerebral à mãe.

E que todas as instalações sejam de luxo, de hotel de cinco estrelas.

É impossível, o mais difícil é a família.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 23 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 45

♦ Especialidade: CIRURGIA GERAL – ASSISTENTE HOSPITALAR.

♦ N.º de anos de experiência profissional? 20

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

Portanto acho que é o doente estar dentro das possibilidades da operação, hum... Pausa

Daquilo que pensam que podemos estabelecer com ele, hum... Pausa

Estar a par do que tem , do que vai fazer, das consequências, do acto cirúrgico, hum...

Pausa

Às vezes não do acto cirúrgico, do acto endoscópico, dos riscos que corre, explicar dentro da capacidade, que ele, o doente tenha de compreender, não é?

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Acho que sim.

Não é obrigatório, nós usamos umas vezes sim outras vezes não, conforme.. hum Pausa

Acho que sim que devia ser obrigatório.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Olhe acho que aí deve ser para os dois lados. Prá já devem ter uma relação prévia e devemos explicar isso.

E depois a enfermagem está muito mais tempo efectivo com o doente.

Às vezes nós explicamos, um bocadinho a correr, o doente fica com duvidas e depois tem vergonha de perguntar, ou assim.

Ou na véspera do exame dá-lhe aquela dúvida extra e é natural que a enfermeira colabore nisso e saiba o que foi dito.

Até onde o doente tem conhecimento, o doente pode não ter conhecimento total do que tem.

Mas acho que se deve ter conhecimento do exame.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

Por um lado o grau de diferenciação dos doentes, a maior parte dos doentes que a gente tem.. hum pausa

Temos dificuldade em explicar o que eles têm, coisas complicadas como por ex.: CPRE, uma grande cirurgia, hum... Pausa

Faz-lhes muita confusão, explicar coisas de maneira simples.

Tem um bocado a ver com o grau de educação dos doentes e depois, hum... Pausa

Eu nunca tive mas disseram-me que há familiares, ou há pessoas que preferem que não saibem.. hum Pausa

Por exemplo vão tirar o estômago todo, ou que corre o risco de ficar com o saquinho, mas não sabe de nada.. hum Pausa

Há familiares que pedem para não lhes dizer exactamente tudo, vão fazer uma cirurgia e depois vai fazer ou não quimioterapia.

Eu pessoalmente não tenho muito isso.

O que eu meço é o tipo de doente que não tenho, até onde posso dar a informação, explica o que eles sabem até onde podemos ir, e às vezes é um familiar mais chegado ou não, mas isso pode, pode pôr alguns problemas.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Tem a ver com aquilo que eles são capazes de captar com o seu psiquismo para a maneira como estão no momento e com o apoio familiar que tem. Isto é importante.

Há doentes por que são completamente sozinhos e pedem-me para dizer.. hum Pausa

« Diga-me exactamente tudo o que tenho, tenho coisas a organizar, documentos a fazer ou assim.

Outros é ao contrario « não diga nada á minha mulher porque ela é muito frágil, não diga nada ao meu marido porque é uma pessoa que não aguenta essas coisas. »

A gente tem que ter a noção, não é?

Global da família, como ele vai ficar, para escolher a melhor maneira.

Mentir não.

Mentir não, não concordo nada.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Não sei.

Não sei.

Aqui há uns anos não havia consentimento informado e não é por isso que as coisas antigamente corriam bem ou mal.

Tem não com a sorte, mas com o saber, com a técnica, com o fazer.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Isso acho que sim, isso acho que sim, não nos podemos colocar como operadores, como alguns que se manda lá baixo o doente para fazer uma CPRE ou meter um tubo, e não dizem nada.

A gente tem que ter uma relação directa, uma relação de empatia ou de confiança para com o doente, não é?

Porque muitas depressões que há por aí, após operações, no pós operatório imediato ou em situações de seguimento. Saem muito bem mas depois não foram informados muito convenientemente, convenientemente do que iria fazer quimio ou radioterapia.

É informado no dia que entra no serviço e vê uma tabela lá em cima e vê um monte de gente que não têm cabelo.

E vai conhecer lá um médico muito simpático e estabelece uma relação com ele.

Mas sente-se um bocadinho enganado. Porque o enviou antes e já começa com o pé a trás, e, e pronto... hum ...Pausa

É o suficiente quando vamos fazer uma colostomia ou outras situações, as mastectomias são programadas, hum.. Pausa

Não há o caso da doente, não como antigamente.

Hoje em dia é só as colostomias que acontece na urgência, saber se o doente e vê-se que ele necessita duma colostomia e nem sempre é possível, às vezes conseguimos falar com o doente antes e dizer-.lhe que não sabemos bem mas que talvez... . hum ... Pausa

Mas aqueles que não sabem é muito difícil, o pós operatório, é muito difícil de manusear, se a partir daí, hum... Pausa

Não há uma informação correcta e o pedido do consentimento informado, a partir de agora tem uma colostomia e a gente precisa de fazer exames para e depois podemos ter a necessidade de voltar a internar, senão a partir daí é fundamental, e ele não... hum ...Pausa

Se a partir daí é fundamental, senão o doente não coopera.

Isso justifica grande parte das depressões, que há aí.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Acho que os enfermeiros agora e cada vez mais colaboram bastante.

Acho que devem participar e até eles, são eles que nos chamam à atenção, já disse ao seu doente o que se passa.

Eles não têm os papeis, nós também não, se eles tivessem mais o acesso, talvez, mais integração no trabalho, eles poderiam colaborar muito mais. E eles estão atentos a isso.

Acho até que deviam colaborar.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 24 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 24

♦ Especialidade: INTERNA DA ESPECIALIDADE – 6º ANO

♦ N.º de anos de experiência profissional? 0

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

Então o consentimento informado é, é ..hum.. Pausa

Um bocadinho difícil de explicar, é pedir ao doente.... hum... Pausa

A verdade, explicar aquilo que vamos fazer para que o doente esteja informado, daquilo que vou fazer ou daquilo que se passa com o doente.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Claro que sim, acho que é importante, embora ache que há situações, ainda haja situações, eu própria já fiz isto com um familiar meu, em que acho que é questionável, eu disse taxativamente que sim, mas há situações que eu acho que, que é um bocadinho, hum... pausa

Que fico um bocadinho na dúvida, porque acho que os doentes de mais idade, pessoas mais idosas, com doenças graves, se não tiverem a noção do que se passa com elas, são capazes de reagir um bocadinho melhor ao tratamento e à própria evolução da doença. Nomeadamente com as pessoas com neoplasias, isso já aconteceu na minha família e achei e concordei com um familiar meu que não sabia o que tinha e o desfecho ter sido inevitável, que, que a reacção à doença teria sido diferente, que estava carimbado com essa doença.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Hum... acho que talvez seja o médico, talvez seja o papel do médico, do médico assistente.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

Hum... acho que tem a ver com a sensibilidade, da forma como o doente reage.

Eu acho que se torna difícil para o médico ou para outra pessoa da área ligada à saúde, tiver que dizer a verdade, dizer as coisas que são, que são difíceis do doente ouvir, sabemos que à partida o doente não vai reagir bem.

Ou acho que é isso.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Pois, pois, no meu caso isso não passa por mim. Nunca disse a um doente a sua situação.

O tipo de informação que eu dou, hum... Pausa

Tentaria dizer as coisas ainda que dizendo a verdade, hum... Pausa

Não, não sei como hei de explicar isso.

Não dizer claramente isto vai acontecer assim não vai ter a mais pequena hipótese.

Dar sempre alguma esperança ao doente, porque no fundo acho que há muita coisa que não estamos á espera de bom e, e tentaria alguma forma de dar ao doente no sentido, no sentido de, dar uma melhor qualidade de vida no tempo que lhe resta.

Isto se for uma situação mais grave, eu estou a por as coisas um bocadinho assim.

Mas acho que há formas de nós dizermos as coisas difíceis.

Oiça, não dizer a um doente que claro que ele vai sobreviver, mas não dizer que vai morrer.

É importante transmitir que vou fazer tudo o que tiver ao meu alcance, para o ajudar e tentar resolver a situação do doente.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Acho que sim.

Acho que, que, hum... Pausa

Porque a qualidade do médico e do exercício da medicina passa por uma boa relação para com os doentes e isso passa por saber falar com eles, saber explicar as coisas e por isso acho que sim, há uma relação directa entre a prática clinica e o consentimento informado.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Humanização?

Sim, acho que, que ainda, hum.... Pausa

Sem o consentimento informado.... hum saber o que se passa exactamente com ele, ou explicar exactamente o que se vai fazer, acho que, acho que neste ponto a humanização, a humanização da medicina é fundamental, porque é a forma como se vive as coisas, como se lida com o doente e está relacionado.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Acho que tem um papel importante, porque acho que os enfermeiros são as pessoas, eu acho que ainda estão mais próximos do doente do que os médicos.

Porque estão o dia a dia com eles, estão quase sempre ao serviço, estão mais próximos.

E acho que muitas vezes o médico fala, vai falar com a pessoa, ainda o médico o possa fazer de uma forma humana, mas acho que os enfermeiros estão sempre lá, e também tem um papel importante também no apoio continuado aos doentes, e, e com certeza também são questionados pelos doentes sobre a sua situação, e também têm um papel importante a esclarecer os doentes e em, não sei se me estou a explicar bem.

Isto é realmente muito importante, eu às vezes passo pelas enfermarias e vejo a forma como elas falam para os doentes, estão mais à vontade para perguntar certas coisas e, e acho que é importante, e nesse sentido acho que é importante o papel do pessoal de enfermagem.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 25 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: X

♦ Idade: 23

♦ Especialidade: INTERNO DA ESPECIALIDADE – 6º ANO.

♦ N.º de anos de experiência profissional? 0

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

O consentimento informado é o consentimento que o doente dá, para qualquer acto médico, mas numa forma esclarecida e consciente dos riscos e dos benefícios.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Sim. Porque não se vai fazer um acto qualquer que seja sem haver o consentimento, a autorização do doente.

Deve ser um procedimento obrigatório para proteger o doente como para proteger e esclarecer o médico.

As duas partes devem estar conscientes de um , dum acto e não decorrer em atitudes de paternalismo, fazer sem se falar com o doente.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Aplicar o formulário, para explicar e esclarecer o doente, deve ser o médico mas também concordo que a equipa de enfermagem devem estar consciente do que se vai fazer, dos riscos e dos benefícios e esclarecer o doente se tiver algumas dúvidas.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

Dificuldades, certamente, hum... pausa

Não deve ser uma coisa difícil.

A não ser que haja dificuldades de expressar ou de comunicação, não tem que haver dificuldades ou não é feito ou para desleixo ou por outra coisa, ou porque há mais coisas para fazer.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Depende do caso para caso, de pessoa, da doença, da patologia, depende da situação do doente.

Depende também dos conhecimentos e diferenciação da pessoa, não é?

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Sim para que haja uma pratica clinica com qualidade, o consentimento informado é essencial.

Não vamos estar a enganar, nem a esconder a ninguém.

E na pratica clinica deve ser clara e esclarecida.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Parece que sim. Da mesma forma que com a qualidade pressupõe-se que haja uma certa humanização, como em toda a medicina, a medicina, não deve pensar só nestes moldes.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Devem participar como já disse atrás.

Acho que deve ser o médico a levar o consentimento informado e à família explicar aos doentes.

Mas as enfermeiras devem, toda a equipa de enfermagem deve ter a consciência daquilo que se faz, daquilo que pretende e esclarecer o doente.

Que quando este não pergunta ao médico, mas pergunta à enfermeira.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 26 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 38

♦ Especialidade: NEFROLOGIA

♦ N.º de anos de experiência profissional? 13 anos

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

O consentimento informado é o consentimento que os doentes dão aos médicos para se submeterem aos actos médicos, depois de devidamente informados das vantagens, desvantagens e das complicações.

2-Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Concordo.

Porque o doente assume que está informado das consequências do acto a que vai ser submetido.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

O médico.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

Os doentes ligam muito mais aos contras do que aos prós do acto médico, digamos assim.

Nós falamos das complicações porque apesar de tudo são as excepções à regra, muito pequenas, mas tem que ponderar se querem ou não realizar o acto médico.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Varia de doente para doente.

Se são novos e capazes de perceber e assumir o diagnostico, de forma positiva. Se são idosos, mais vale informar a família.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Não.

Porque acho que a qualidade da prática clinica terá sempre o melhor que o médico possa fazer, quer o doente consinta quer não consinta.

Muitas vezes, se calhar com tanta coisa do consentimento informado, há coisas que a gente deveria fazer e não faz por causa do consentimento informado, e vai diminuir logicamente a qualidade.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Não. Também acho que não.

Porque acho que torna as coisas um bocadinho burocráticas, isto é estamos a tentar obrigar um doente a assinar um papel.

Há muitos doentes que acham que estamos a duvidar da palavra deles e os obriga a escrever. E isto às vezes cria sempre, algumas dificuldades na relação médico/ doente.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Acho que podem participar.

Mas a obrigação é do médico.

Os enfermeiros podem esclarecer e informar sempre que o doente tenha dúvidas, estão sempre aptos a esclarecer muitas coisas.

Mas isso nunca faz sem partir do médico e que não tenha que ser o médico em primeiro lugar a esclarecer o doente e a informação da situação.

Depois é claro que os doentes possam estar mais à vontade com os enfermeiros para lhe esclarecer as dúvidas, lhe pôr dúvidas.

E será a obrigação do enfermeiro de lhe explicar.

Mas nunca deverá a partir deles.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 27 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: x

♦ Idade: 60

♦ Especialidade: DIRECTOR DA CIRURGA GERAL

♦ N.º de anos de experiência profissional? 40

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

É a explicação que é dada ao doente da, da sua situação clínica e em função daquilo

hum. Pausa

Da sua situação, pedir autorização, depois de explicado todas as situações, procedimentos eventuais. Pausa

E ao autorizar as necessárias intervenções adequadas à intervenção clínica.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Obrigatoriedade estrita à parte da lei, acho que não.

Agora obrigatoriedade do ponto de vista da prática diária acho que sim.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

O médico que assiste o doente.

O seu médico assistente, o seu cirurgião, quem o vai seguir ao longo do seu internamento.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

É o que eu disse é por razões emocionais ou culturais ou outras.

O doente não perceber aquilo que lhe é explicado da sua situação clínica.

Acho que é o principal.

Há dificuldades no próprio doente para que perceba essa informação ou até os próprios médicos ou profissionais de saúde não obrigatoriamente só os médicos, mas principalmente médicos.

Às vezes falarem numa linguagem hermenêutica e não tentarem simplificar essa informação para que seja facilmente perceptível.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Acho que sim.

Embora possa por algumas reservas. Pausa

Acho que duma maneira geral, acho que o doente tem o direito a ser informado e tem o direito de autorizar ou não os vários procedimentos em função da sua situação.

Como principio geral acho que sim.

Embora possa discutir outros problemas culturais, etc...

O doente não perceber aquilo que se lhe explica, não ter discernimento, a informação necessária daquilo que lhe é dito, não perceber o que lhe se lhe é explicado.

O médico normalmente conhece o doente e sabe até que ponto pode ir a sua informação se o que ele quer ou não saber.

Contudo deve-se sempre informar ao doente e no caso deste não querer saber, deve-se aí sempre informar a família.

Esta deve ter sempre conhecimento.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Da parte da qualidade faz parte o consentimento informado, mas pode haver uma boa prática clínica e não haver consentimento informado.

Dentro de uma política de qualidade o consentimento informado deverá fazer parte.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Sim. Pausa

Claro. Pausa

Porque faz parte das relações, faz parte o doente perceber aquilo que tem.

Faz parte.

Embora há doentes que se recusam e não querem saber daquilo que rigorosamente tem.

Por uma questão de hum. Pausa

Mas a relação médico/doente, dos profissionais de saúde é muito importante, hum Pausa

Poderão melhorar com o melhor conhecimento da doença e das limitações que isso impõe, etc...

É um factor de muita humanidade.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

O enfermeiro na informação e no consentimento informado deve estar sempre inserido num trabalho em equipa, todos trabalhamos para o mesmo fim e se complementam.

Se não é um caos.

Isto nem sempre é possível, porque damos a informação e pedimos o consentimento informado e a enfermeira pode não estar presente.

Mas pelo menos nós a informamos à enfermeira do que o doente sabe.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 28 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: X

♦ Idade: 47

♦ Especialidade: CIRURGIA GERAL – ASSISTENTE HOSPITALAR

♦ N.º de anos de experiência profissional? 23

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

O que é prá mim?

Prá mim é a opção do doente em ser tratado, de acordo com as indicações que para mim são correctas.

Eu como médico digo ao doente a minha perspectiva da sua doença, o que entendo correcto e lhe proponho é isto e a senhor agora ou está de acordo ou não está de acordo.

Se está de acordo dá-me o seu consentimento informado. Pausa

Se não está de acordo procure outra opinião.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Não.

Há situações com determinados doentes, hum..... Pausa

Em que temos que ter muito cuidado com aquilo que lhe dizemos.

Eu lido quase a 100% com doentes oncológicos e por vezes tenho a noção que não se pode dizer tudo aquele doente. Digo à família.

Na maior parte dos casos digo exactamente a situação ao doente.

Mas há situações onde tenho medo que eles saiam daqui e se suicidem e façam alguma asneira.

Nesse caso não posso dar-lhe uma informação concretas sobre a sua doença, dou aos familiares.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Os médicos falam com os doentes, tratam das coisas e depois a parte burocrática pode ser feita por qualquer administrativo, não tenho repulsa nenhuma nesse aspecto.

A conversa inicial é feita entre mim e o doente. Mas depois a parte burocrática pode ser feita por um administrativo, não tenho qualquer problema quanto a isso.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

Nenhumas.

Exceptuando os casos que referi.

De resto não há normalmente qualquer tipo de dificuldade.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Habitualmente dou a informação correcta, porque preciso que eles confiem em mim e depois quando os opero, hum Pausa

Fiz uma cirurgia de intenção curativa, digo “ Olhe ficou limpinho”.

Se o doente confiar em mim, nessa altura o doente aceita isso como verdade.

Se não confiar ele pensa que eu não lhe disse tudo, não é?

Habitualmente dou-lhe a informação total. Pausa

Se tiver uma situação de um tumor em que não haja possibilidade de uma intervenção curativa, eu não lhes digo que o doente está condenado, o que lhes digo é que cirurgicamente é feito isso, mas depois é preciso outros métodos terapêuticos, normalmente a quimio e a radioterapia para se conseguir controlar.

E E digo-lhe que dentro daquela situação há doentes que respondem bem a esses tratamentos e em melhor prognóstico e há doentes que tem pior prognóstico. Pausa

Digamos lá, hum pausa

Nos tumores disseminados não dou 100% real, hum Pausa

Dou-lhes sempre a possibilidade mas muitas vezes a convicção que a quimioterapia não lhes vai resolver a situação.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Bom.

Eu acho fundamental o doente poder escolher o seu médico que o vai tratar, com consentimento ou sem.

Enquanto o doente chega ao médico porque o conhece ou porque lhe deram boas referências e quer ser operado por ele.

O consentimento informado é uma coisa óbvia. Não é? Percebe?

Não é por ter consentimento que o doente é mais bem tratado.

Assim é evidente que o doente que chega a um sítio vai ter com o médico, é operado por outro que não conhece de lado nenhum.

Aqui as coisas podem falhar, não é?

Mas com referenciação directa, portanto habitualmente, se o médico é referenciado para tratar aquele doente é porque mostrou qualidades para isso.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Não.

Eu acho que a humanização também está de acordo também com a qualidade da prática clínica percebe?

A selecção vai se fazendo ao longo da carreira e depois tem médicos procurados para muitos doentes e médicos procurados para poucos doentes.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Como digo, hum, Pausa

O papel fundamental de explicação e de propostas terapêuticas é feita pelo médico, tem que ser sempre o médico.

Integrada a relação médico/ doente.

Depois disso, a partir do momento em que as coisas estejam estabelecidas eu não acho que haja qualquer tipo de inconveniente que os enfermeiros participem nisso. Não são eles que fazem a primeira escalada do processo, mas podem perfeitamente ser integrados nele.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 29 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 35

♦ Especialidade: CIRURGIA - INTERNA

♦ N.º de anos de experiência profissional? 10

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

Nós em Espanha estamos muito habituados a utilizar o consentimento informado, muito habituados.

É fundamental para um doente que vai ser operado, deve ser informado dos seus riscos, do que lhe vai acontecer. Pausa

E aceita ou não aceita, isto também é importante.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Concordo. Concordo.

O doente têm que estar a par de tudo, dos riscos, era o que lhe dizia à pouco.

E se quer ou não quer assumir esses riscos, essa responsabilidade.

O doente têm que ser informado, do que vai ser submetido.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Eu acho que deve ser o próprio profissional, os médicos ou os enfermeiros.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

As dificuldades muitas vezes são da nossa parte hum. Pausa

Fazemos tudo depressa e não temos nem damos tempo ao doente não temos tempo suficiente.

A nossa dificuldade é que temos muitos doentes, muito trabalho e estamos muito ocupados e por vezes não dedicamos o tempo suficiente ao doente.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Depende da situação, do doente e até da própria família.

Muitas vezes a própria família prefere, hum Pausa

Pede-nos que não informe o doente.

Eu acho que deve sempre informar o doente da sua situação.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Não.

Porque pode haver uma boa prática clínica e não haver o consentimento informado.

Porém é aconselhável que o doente seja informado de tudo.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Acho que, que, hum Pausa

Quanto mais informação tiver maior é a relação que temos com o doente.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Fundamental.

Muitas vezes conhecem melhor o doente que nós, sobretudo a parte humana.

Deve ser o consentimento uma coisa entre o médico e o enfermeiro com o doente.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 30 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 34

♦ Especialidade: CIRURGIA GERAL

♦ N.º de anos de experiência profissional? 8

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

O que é para mim?

É os doentes que nos autorizem um acto médico, explicando os prós e os contra e os riscos que correm.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Plenamente.

Porque se deve e é obrigatório informar os doentes

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Os médicos e os enfermeiros.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

É mais na explicação, no esclarecimento às pessoas, as pessoas não entendem.

O que se está por vezes a explicar.

O nosso povo tem umas limitações intelectuais e de cultura.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Primeiro passa se o doente está em estado ou em condições de perceber alguma coisa que lhes vamos falar ou dizer.

Se consegue entender a informação.

No caso de estar receptivo da informação, de tudo, dos riscos que corre, do prognóstico.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Acho que sim.

Ao informar e explicar estão a aumentar a qualidade na prática clínica.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Acho que sim.

Ao explicar aos doentes estes ficam mais receptivos e entendem melhor o que se está a passar.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Acho que devem participar de tudo tanto quanto o médico.

Os enfermeiros sabem o que se passa, são pessoas licenciadas, são pessoas diferenciadas, têm conhecimentos. Pausa

Pelo menos dos actos de enfermagem tem que ser os enfermeiros.

ENTREVISTAS

DOENTES

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 31 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 52

♦ Profissão: REFORMADA – LOJA DE ELECTRODOMESTICOS

♦ Escolaridade: 4ª classe

♦ Diagnóstico: Neo do pâncreas

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Acho bem. Hum Pausa

É bom, melhor para o doente.... hum. Pausa

Porque para se ser bem tratado hum e isso tudo.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Tenho todas as doenças, sou transplantada, tenho um tumor, diabetes, tudo...

Sim , mas estou esclarecida em relação às minhas dúvidas.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Acho que sim.

Porque é melhor para o doente...hum...Pausa

Para saber o que tem e o que não tem.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

É o médico.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Acho que sim.

Para saber tudo o que se passa comigo.

Para saber tudo o que se passa.

Sim, sim...Pausa

Para saber como se passam as coisas.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Pelo meu médico....

Hum... primeiro foi a diabetes...hum Pausa

Hum... Estava com diabetes...

Depois foi o transplante dos rins...hum Pausa

E agora á coisa de um ano foi o tumor.

Foi tudo de seguida, foi um grande sofrimento.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Há muitos doentes que não aguentam. Pausa

É melhor não.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Eu cá quero, quero.

E sei!

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Acho que o enfermeiro também ajuda muito... hum. Pausa

A....a dar apoio.

Estou há três meses aqui e as enfermeiras ajudam a dizer o que se pode ou não posso, o que se deve fazer ou não se deve fazer.

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º32 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino:_____

♦ Idade: 50

♦ Profissão: EMPREGADA DE LIMPEZA

♦ Escolaridade: ANALFABETA

♦ Diagnóstico: Neo do útero e hepatite B

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Grande importância, grande valor.

Porque se a pessoa não sabe o que significa uma doença, o medicamento, como deve ser tratado.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Muito... muito....

Fiquei...hum...Pausa

Até já posso ajudar as pessoas que têm dúvidas à cerca da doença.

Fiquei muito grata...estou confortada, estou confiante e estou bem.

Não sei que medicamentos vou tomar, mas fui muito bem tratada.

É a melhor coisa que me aconteceu desde que vim a Portugal.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Muito útil.

Estou informada.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Os médicos e os enfermeiros.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Sim, porque eu acho que nasci para ser enfermeira, mas não fui porque não tinha posses.

Mas gostava muito de participar no que me vão fazer... acha que posso?

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Pela Dr.^a I. C.. hum pausa

Foi transmitida sexualmente.

Deu-me uma carta fechada para dar ao Dr. F. A e depois disse-me a informação tal e qual e pronto...

De uma forma abrupta.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Acho que é bom ter acesso.

Acho que sim.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim senhora.

Porque é bom para mim, para me tratar, com a minha família, como me cuidar, como me defender...

Tenho dois filhos homens, têm que saber para se proteger e também para me cuidarem.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Os enfermeiros devem informar muito bem.

As doentes das informações que eles precisam.

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 33 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 61

♦ Profissão: ESCRITURÁRIO

♦ Escolaridade: 4ª CLASSE

♦ Diagnóstico: Neo do colon

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Sim, acho que existe aqui neste hospital.

Sim, acho que sim, aqui somos muito bem informados à cerca da nossa doença.

Já fui operada várias vezes, mas é a primeira vez que me explicaram.

Já tive em quartos particulares e...e foi pior, o internamento não foi bom.

Agora estou satisfeita.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Não, essa parte não.

Porque eu entrei com uma coisa e afinal trago...tenho três coisas.

O meu caso é muito difícil, complicado.

Embora o médico... coitado se esforce... hum... Pausa.

Ainda hoje se esforçou, ainda ontem também se esforçou.

Mas continua a ser complicado, difícil a minha situação.

Sabe eu sou super nervosa, não é?

3– Acha útil o consentimento informado?

Acho.

É importante os doentes saberem, o que têm.

Mas como é que eu posso saber isso? Saber informações à cerca da minha doença?

Eu não sei, mas gostava muito.

Não tenho acesso às informações sobre a minha doença. Como chego lá?

O médico já me disse uma vez que a minha situação é grave.

E, e... estou à espera de tudo.

Eu tenho uma cara esplendida, mas falta-me qualquer coisa.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Será o meu médico, não é?

Sim, o meu médico.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Não.

Os médicos é que estudaram, foi para isso que estudaram.

Para ignorante chego eu!

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

A mim... foi-me transmitida...hum...Pausa

Eu queixava-me com dores e os médicos chegaram à conclusão que não havia medicamentos para mim.

Tinha um tumor escondido, muito bem escondido.

Um bocado antes da operação, explicou-me.

Eu entrei de sexta para sábado e falou com o meu marido...hum...pausa.

Eu sou muito nervosa e não percebi o que ele me disse.

Agora o meu médico diz-me que está tudo bem.

Mas como sabe o meu caso, é muito difícil.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Sim.

Eu preferia saber.

Mas os médicos não falam.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim, é o que eu mais quero.

Para saber o que tenho e o que não tenho.

Acho que todos nós deveríamos saber.

Eles abriram-me a barriga e poderiam ter dito o que encontraram. Acho eu?

Eles abriram e limparam tudo. Acho eu?

Mas já não sei.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Os enfermeiros, os enfermeiros... hum Pausa

Acho que é para os médicos.

Isso é para os médicos, não para elas.

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 34 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 57

♦ Profissão: REFORMADA - LIMPEZAS

♦ Escolaridade: ANALFABETA

♦ Diagnóstico: Transplante dum rim

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Não sei se vou saber responder, sou analfabeta.

O que quer dizer com isso?

Sim, sim é sempre bom.

Significa muito... hum... Pausa

É bom estar informado.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim, ajuda, ajuda.

Os médicos explicam e ajuda.

Sim, porque a pessoa percebe a dieta, os medicamentos a tomar, os medicamentos certos.

Eu sou transplantada e ajudou.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim.

A pessoa tem que andar informada.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Para mim os médicos.

Para mim em primeiro lugar os médicos e a seguir os enfermeiros.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Não, isso é com os médicos.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Foi... hum. Pausa

Foi normalmente.

No meu caso o rim... o rim estava... mirou e o médico disse-me que tinha que fazer hemodiálise, porque o rim ia parar.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Acho bem, gosto que me digam o que tenho.

Antigamente acho que escondiam as doenças e agora acho que a pessoa devia saber logo o que tem e os médicos em geral dizem logo, não escondem.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim. Gosto de saber.

E o meu médico esclareceu-me de tudo, é bom saber.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Deve ser normal, devem informar.

Os enfermeiros devem informar, não é isso que querem?

Uma pessoa tem uma doença, os enfermeiros também devem informar sobre isso, o que tem, o que não tem, o que deve fazer.

Tal como os médicos também tem esse direito.

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 35 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 68

♦ Profissão: DOMESTICA

♦ Escolaridade: ANALFABETA

♦ Diagnóstico: Neo pâncreas

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Não sei falar bem sobre isso.

Toda a equipa tratou-me bem, muito bem e eles são bons para mim.

Acho bem que as pessoas saibam...hum...mas a mim não me explicaram nada.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Não, não sei, ainda não me explicaram nada e vou ser operada amanhã, não sei a que vou ser operada.

Não sei o que me vão fazer.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Acho bem, porque a pessoa percebe o que passou, o que não passou, como está, como não está.

Acho bem que as pessoas saibam, acho bem que digam às pessoas.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Acho os médicos.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Sim...Pausa

Porque...hum.... para saber mais claro o que vai ser feito.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Não foi.

Foi o médico do posto que disse que estava mal e para ir o mais rápido possível para o hospital.

Fez-me uma carta para ser internada.

E aqui estou à espera que me digam alguma coisa. Pois eu vou ser operada amanhã.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Acho que sim, acho que sim

Pelo menos a gente sabe ao que veio.

A pessoa não se deve matar.

Mas fica a saber o que a espera, o que vamos passar, o que vai acontecer quando sairmos daqui.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Acho que sim.

Porque eu quero saber, quero saber de tudo como é ou como não é.

É a minha vida.

Se for má não quero saber, se for boa quero saber.

Vou ser operada e quero saber.

De maneira que é assim.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Acho que devem participar.

Se eles sabem mexer no que temos e tratar de nós, também sabem o que temos, por isso também devem explicar-nos tudo.

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 36 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 52

♦ Profissão: EMPREGADA DAS LIMPEZAS

♦ Escolaridade: ANALFABETA.

♦ Diagnóstico: Neo do útero, apendicectomia, vesícula, nódulo da mama

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

O que quer dizer isso?

Sim. Acho que não tenho razão de queixa, a equipa tem sido muito boa.

Sim, têm-me informado.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim, sim, sim.

Dizeram-me tudo.

Dizeram-me antes da alta e agora o que iriam fazer na operação.

A minha doença é uma massa á volta do útero e tenho apendicite, a vesícula e portanto não é uma são quatro operações.

Tenho uma massa liquida, que me obriga a usar um penso vinte e quatro horas, porque corria, hum...era um corrimento e saia para fora.

Os médicos disseram-me que acusava só aquela massa...Pausa

Mas na operação acusou que me estava a apanhar tudo.

Quanto aos medicamentos que irei tomar, não sei só saberei amanhã.

E à alta também só saberei amanhã.

Não sei, só saberei amanhã.

Só sei que amanhã vou ter alta, de resto o médico irá falar amanhã comigo.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Acho que sim.

Porque assim uma pessoa sabe o que está sofrendo.

Porque eu tenho a situação da minha mãe, que nunca soube do que é que morreu.

Sabíamos que era uma cirrose, duidávamos. Porque nuca nos disseram nada.

Porque acho que se a pessoa for informada leva a coisa a melhor.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Acho que é o próprio médico ou médica.

Pronto é o médico que me está a seguir, é que me deve informar, falar com a gente.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Em algumas partes.

Colocarem-me sangue, não!

Não me coloquem sangue, porque não concordo.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Eu tinha sintoma e depois eu sou macaquinha, eu tinha um problema no peito, sabe uma prima também tinha o mesmo problema no peito e eu fiquei preocupada.

Fui à minha médica de família que me fez os exames ao peito.

Os exames ao peito e à barriga.

No peito não tinha nada, mas na barriga acusou dois miomas, daí fui à minha médica de família. Pausa

A minha médica de família mandou para eu ir ara aqui, uma credencial para enviar para aqui, para ser operada aqui.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Acho que todo o doente devia estar a par disso, devia estar a par.

Para a pessoa estar informada.

Ainda hoje perguntei á minha médica.

“ Dr.^a o meu problema é canceroso?”

Respondeu-me ele que não é, mas ainda não sabemos o resultado do exame.

Nós devemos estar informados para saber o que é que temos, para orientarmos a nossa vida, para certas coisas.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Acho que sim.

Para estar informada.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

É tratar bem dos doentes e é também tratar bem dos doentes e...e apoiar os doentes sempre que for preciso.

Eu não gosto de incomodar muita gente.

Tudo o que possam fazer de ajuda.

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 37 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 46

♦ Profissão: AUXILIAR DE ACÇÃO EDUCATIVA

♦ Escolaridade: 12º

♦ Diagnóstico: vesícula

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

O consentimento informado?

Explique-me lá isso.

Acho que estou muito bem informada, mas também acho... pausa

Parte de cada um.

Eu também fiz as perguntas todas que achava que devia fazer.

E o médico assim me respondeu. Eu perguntei qual era o meu problema e ele disse-me o que era, perguntei como era a operação e ele disse-me que não sabia o que iria encontrar, iria ver.

Se era aberta ou com furos, ia ver.

A nível da medicação disse-me aquilo que estava a tomar.

Esta informação foi muito importante par mim.

Porque acho que a partir do momento em que estou sujeita a isto a outra coisa qualquer, eu gosto de estar informada, eu gosto de saber o que me irão fazer, o que me irá acontecer.

Até perguntei a duração da operação, logo vê portanto.

Sim fiz as perguntas todas.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim. Como já lhe expliquei antes.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Acho, bastante.

Porque acho que qualquer pessoa deve ser feito.

Muitas vezes as pessoas daquilo que eu oiço... Pausa

Então porquê? Porque não perguntei.

Então porque é que não perguntaste?

As pessoas estão para dar informações sobre aquilo que nós necessitamos, caso não saibam, tudo bem.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O médico

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Eu? Não.

Porque acho que cada pessoa tem... pausa

Como ei-de explicar.

Se eu sou auxiliar educativa tenho a minha profissão, se o médico tem a sua profissão, quem sou eu para discordar do que ele irá fazer? Não é?

Que é para o meu bem estar.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

O meu médico explicou-me ou vou abri-la ou só coloco-lhe dois furinhos e opero-a e eu percebi.

Está no entender deve pausa

Ele não me vai deixar de operar só pelos furinhos.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Deve.

Não deve ser enganado, nunca!

Nunca, é difícil, passei por isso e espero nunca vir a passar.

Deve ser muito difícil.

Deve ser uma reacção difícil, uma reacção horrível, um período muito difícil.

Mas a gente adapta-se a tudo.

E há uma adaptação, que até acho que pode ser muito boa.

A pessoa ter essa informação, para também lidar com a situação.

E também há casos que as pessoas ganham uma coragem que nunca tiveram na vida e conseguem superar, mesmo sabendo, sabendo que tem poucos meses de vida, que é gravíssima.

Eu acho que não deve ser encoberto.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim, sim.

Completamente.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

O enfermeiro, o enfermeiro... Pausa

É assim os enfermeiros, devem tentar saber pelo medico o que se passa.

Porque eles é que depois nos vêm tratar, não é?

Portanto acho que eles devem esta informados da situação do doente em todos os aspectos.

Desde que o médico fale, o enfermeiro poderá não falar.

Mas tem que estar enteirado para depois cuidar do doente, não é?

Porque, há muitas vezes que o doente nem sabe entender as coisas e depois diz : “ eu não sabia disso, o médico não me disse.”

Agora em relação a nós, está no critério deles se quiserem saber.

Desde que a pessoa esteja informada, como é no meu caso, falei com o médico, não vou perguntar ao enfermeiro, não é?

Porque já sei!

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 8 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 61

♦ Profissão: DOMESTICA

♦ Escolaridade: ANALFABETA.

♦ Diagnóstico: vesícula

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

O consentimento informado, de que maneira?

Acho bem, exactamente, acho bem.

Estou de acordo.

Porque, olhe como tenho tido tantos casos na família e a gente pronto, já sabe.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Directamente ao doente, há o primeiro impacto, com a continuidade, acho que sim.

É por isso ...isto a vida não há nada que enganar.

Ajuda a desenvolver a nossa mentalidade.

Estou absolutamente de acordo.

No meu caso também não me deram qualquer informação, era o caso da pedra na vesícula que estava em perigo de se deslocar.

Eu já estive cá em 20002 com uma crise, internada não, nas urgências.

E de vez em enquanto entro em aflição, e tenho aquelas crises e apanha-me as dores nas costas e má disposição.

E de resto estou informada, que posso fazer uma pancrea ou pancreatite ou qualquer nome assim.

Por isso de qualquer maneira era melhor operar, são as informações que me deram.

Tenho realmente tido muita porcarias mas acontece a qualquer pessoa.

3– Acha útil o consentimento informado?

Eu acho útil também para o doente como para a família.

Eu na minha maneira de ser a pessoa ...pausa

Mas a pessoa nunca está mentalizada, mas... pausa

Acho que viver enganada, não é viver.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

É um bocado difícil.

Acho que deve ser o médico acompanhado de uma pessoa que seja.... o marido nem sempre serve para estas coisas. O meu não dá, não pergunta.

O acompanhamento com uma boa enfermeira, uma boa assistente que nos saiba informar como deve ser, nos prós e contras.

Que saiba das doenças.

Eu sou a favor, gostava de saber, o que é.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Eu participar na decisão médica?

Ou aceita ou deixa o médico.

Não sou muito de opiniões, sou um bocado difícil, acho que eles como médicos é que devem saber melhor.

Eu sou difícil de dar uma opinião, que acho que não sei se estou a dizer bem ou mal.

Portanto eu confio a 100% neles.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Foi transmitido precisamente através da urgência que eu fui.

Que eu estava a fazer uma perionite ou pancreatite, qualquer coisa que estava a fazer pedra na vesícula e eu não sabia, não sabia.

Mas enrolaram-me ali.

E no outro dia eu estabilizei e mandaram-me vir no outro dia se não melhorasse.

Como não melhorei, vim no outro dia, até me disseram que as análises estavam melhores e encaminharam-me para a médica de família.

O meu médico de família é uma pessoa bastante lenta, não digo que não seja simpática, mas é o deixa andar, ela disse-me:

“ A Sr.^a tem realmente pedra na vesícula vamos fazer os exames, o que estamos à espera de uma crise.

Só que quando eu tenho uma crise, encolho-me em casa e é muito raro ir ao médico. Só numa aflição e foi assim que descobriram que tinha pedra na vesícula.

Vim à urgência e uma médica disse.

“A Sr.^a está em perigo, tem que ser operada, se for uma ou duas crises a gente deixava passar, mas a Sr tem muitas e estão sujeitas a se deslocarem, que são essas crises que tem. Portanto é melhor tirar.”

De maneira que foi por isso que ma tiraram.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Eu à primeira vista não, sou talvez muito directa.

Mas depois com o tempo sou.

À primeira vista, à primeira vista.

Eu no meu caso a primeira vez no início diria que não.

Mas depois com o desenrolar sim. Que devia ser informada.

Porque hoje em dia temos que encara a vida como ele é e temos que a aceitar e ter força para a aceitar.

Se a gente souber o que tem, que sei lá, a gente julga que sim.

A gente pode pensar de uma maneira mas depois é isso o que eu penso.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim.

A gente também vive a vida para quê?

A vida não tem interesse, estou farta, não quero viver.

Eu já não queria viver, era um descanso, eu sei, eu sei... Pausa

Eu não tenho medo, todos os anos tenho uma doença ou são as mãos ou os pés ou porque é um tumor que é maligno.

E fui saber o resultado sozinha, tive várias coisas.

Eu tenho coragem.

Tenho a minha família... Pausa

Infelizmente o meu pai acamado há oito anos, sei o que isso é.

Tenho tido muitas coisas, é por isso que eu digo a gente tem que as encara.

Eu não sei, não há motivo para viver.

A doença às vezes vem porque tem que vir.

Eu já tive um sinal maligno e eu disse que já sabia que o tinha, foi horrível.

Desculpe lá.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Acho que devia ser o médico.

As enfermeiras especializadas.

Para mim qualquer pessoa da saúde, eles sabem mais e melhor do que nós.

E acho que devia ser o médico a informar, nunca tive ninguém por detrás, não é?

Na retaguarda.

Mas também, graças a Deus só tive este problema do sinal.

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 39 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino:_____

♦ Idade: 46

♦ Profissão: AUXILIAR DE ACÇÃO DIRECTA.

♦ Escolaridade: ANTIGUO 5º ANO DO LICEU

♦ Diagnóstico: vesícula

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

O consentimento informado é estarem-nos a pedir uma opinião e nós estarmos...hum...Pausa

Deixe-me explicar.

O que se passa connosco, com a nossa doença e o que vão fazer.

Acho bem, que deve existir porque todo o doente tem o direito a saber o que tem.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim, sim.

Eu acho que sim em relação aos procedimentos cirúrgicos, ajuda a encarar a própria doença mesmo.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Muito útil.

Porque a gente deve estar sempre a par de tudo o que se passa connosco, é o principal interessado na situação dele.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Em principio deve ser o médico que é a pessoa mais indicada, é a pessoa que poderá explicar melhor a doença que tem.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Penso que sim.

Sobre os tratamentos e isso.

Acho que sim. Devia de haver um acordo entre o doente e o médico.

Nem sempre as pessoas estão dispostas, umas a lutar outras a não lutar.

Portanto devia de haver um consentimento entre o médico e o doente.

Têm que haver opiniões compartilhadas, vamos assim dizer.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

A minha médica de família, que me disse que era uma coisa simples, mas...mas, queixei-me e ela disse que era isso.

O médico quando vim á consulta também disse o mesmo, que a vesícula tinha que ser retirada.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Acho que tem o direito de saber.

É como eu disse, o principal interessado em saber o que se passa consigo próprio é o próprio doente.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim, sim. E tenho!

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Eu acho... hum...Pausa

Como hei-de explicar. Eu acho que por vezes informam pouco, porque não tem o consentimento dos médicos. Ou talvez porque não se querem suplantar aos médicos, passar à frente, eu não sei.

A gente pede informação ao enfermeiro e este diz que o médico é que sabe.

Agora realmente não sei se não podem dizer, se...se estão a salvaguardar a eles próprios, pronto!

Talvez por uma reacção que o doente está a ter, não ser menos boa.

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 40 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 76

♦ Profissão: REFORMADA

♦ Escolaridade: ANALFABETA

♦ Diagnóstico: vesícula

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

O que é que eu devo achar? Acho mal!

Acho mal, mas ninguém pode fazer nada. Acho mal a gente ter a doença.

Ter a informação sobre a doença acho bem. Acho bem.

Porque dantes morria muita gente sem saber o que tinha, o que era ou deixava de ser. E hoje mais ou menos sabe-se porque é ou porque não foi.

Mas de resto muita coisa que não estou por dentro, porque não leio e Graças a deus não tenho andado por hospitais. Não estou por dentro de muita coisa.

Gosto de ouvir algumas coisas na radio, mas isso não, não dá grande coisa.

Porque cada qual dá a sua opinião e eu fico fora, porque não tenho que meter o meu bedelho e não sei assuntos não vou fazer nada.

De maneira que fico por aí.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim, eu sabia há muito tempo que tinha pedra na vesícula e a qualquer hora que iria ser incomodada por elas.

Já tive para fazer a operação nos anos 80, mas depois não cheguei a ser. Tenho estado a fugir do marisco que acho que faz mal. A fugir daquilo que acho que faz mal, do outro que faz mal.

E assim tenho andado até à data, não me tenho preocupado, mas agora tiveram que fazer barulho, e como tiveram que fazer barulho tive, tiveram que as tirar.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Eu acho que sim.

As pessoas tem que saber.

Eu também tenho outras coisas, tive um AVC, tive, tenho colesterol muito alto e ainda está, tenho a tensão alta.

Mas é isso que eu tenho sentido, a tensão, o colesterol, é, é às vezes falta de forças no corpo, o corpo mole, muito mole.

Não sei se foi da trombose ou do que foi.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

A minha médica, quando eu lá vou.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Não sei.

A gente está no hábito quando a gente vai à doctora e ela é que decide, o Dr passa um remédio e sara.

Se não sara voltamos lá, porque não sarou e torna a dar até ver se sara.

Não se para até sarar, se não sara vamos de charola.

Oh! menina quem sabe são os médicos.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Como eu digo pelo médico.

Tiraram-me radiografias e ...e viu o que tinha e depois nada, nada não.

No Porto onde eu moro as enfermeiras enviaram-me para uma consulta para o Hospital de Santa Maria para a cirurgia.

Marquei-a e tenho estado á espera.

Mas quando a gente fica na fila de espera, leva muito tempo.

E entretanto surgiu-me isto de repente. Estas dores, estas dores de barriga e eu ficar mal.

Resolvi vir às urgências do Santa Maria para ver o que era e o é que dava.

Na urgência tiraram-me a análise e disseram-me que eram pedras na vesícula e que tinha que ficar internada.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Eu acho bem eles terem a informação, porque devem saber o que têm.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim, porque, porque...pausa

Afinal, o meu falecido marido teve um cancro na garganta e esteve muito doente, andou muito mal com aquilo.

E os médicos andaram muito tempo sem dizerem o que era.

Mas houve uma altura em que disseram a ele e às irmãs, mas a mim não.

E eu sabia que ele sabia que é que ele tinha, só porque eu não sabia.

Mas não sabia que ele estava a morrer tão depressa.

Eu então uma vez fui com ele ao hospital, aqui em santa Maria e ele morreu cá.

Teve muito mal, muito mal e depois o Doutor.... pausa

Já tinha falado com as minhas cunhadas de que ele ia morrer. Porque a doença não era boa e que iria morrer.

Mas não aprofundei o assunto e depois como fui ao médico e pedir que me explica-se e o médico disse-me que ele iria morrer, que tinha um mal que não tem cura e iria morrer, eu já estava triste, fiquei mais.

Depois ele veio comigo para casa. Não conseguia comer, não passava nada pela garganta, não se alimentava e teve assim mais alguns dias, ficou muito doente e queria fugir de casa.

E fui ter com o Doutor e disse-lhe o que se passava com o meu marido.

Trouxe-o cá, receitaram-lhe outro remédio para acalmar, ou o que é. Pô-lo a soro mesmo em casa, tomou aquele remédio e a partir daí ficou mais calmo, mais sossegado.

Depois voltou a ficar mais desaustinado, mais inquieto, com medo de estar em casa , da sombra, via macacos que dizia que andavam a trás dele.

Sentava-se na janelas a chamar pelas pessoas e não podia deixa-lo em casa sozinho em tempo nenhum.

Depois fui então ao Dr.º que me disse traga-o outra vez lá e eu trouxe-o cá outa vez, ele o internou e esteve 8 a 15 dias e acabou por morrer.

E foi assim.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Acho que sim.

Tanto faz enfermeiras como doutores, acho que sim.

Porque ele sabia que ia morrer, ele sabia que ia morrer. E eu depois também soube, não falava em nada, porque eu também sabia que ele ficava muito chocado e eu também ficava chocada.

Não dizia nada. Tive, tive até a coisa acontecer e pronto.

Quando casei pela segunda vez, ele também veio para mim doente, então eu pensei.

Mas agora vou ser enfermeiras dos homens.

Veio doente e bastante, também foi internado em santa Maria e, e então acabou por morrer com cancro na próstata.

Eram dores de morrer, quando tinha que fazer xixi eram dores de morrer, agarrava-se á cómoda que eu tenho lá em casa para fazer xixi.

Depois olhe também veio para aqui e esteve muitos meses internado, eu vinha cá todos os meses. Fez agora quatro anos, vinha todos os dias e no final também morreu.

Os médicos já não podiam fazer mais nada. A médica, hum... eram dois, um médico e uma médica que trabalhavam em conjunto.

A médica ainda fez uns cortes lá por dentro para desbastar a próstata, aquilo, mas não serviu de nada.

Tiveram que o abrir e tirar o bicho e não dava.

Puseram tratamentos de veneno, puseram tudo aquilo e assado, de uma maneira ou de outra o bicho não morreu, quem morreu foi ele, e pronto!

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 41 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino:_____

♦ Idade: 40

♦ Profissão:

♦ Escolaridade: ANALFABETA

♦ Diagnóstico: Vesícula

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

O que é isso?

Acho bem.

Sim, sim, acho bem que...que é bom para perceber a minha doença.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim.

Sei o que é.

Mas entendo pouco o que me dizem.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim, é.

Mas como lhe disse eu sou analfabeta.

Mas foi importante para mim o Sr Dr.º explicar-me o que eu tenho.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O médico, não é?

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Não, porque sou analfabeta.

O médico teve estudos ele é que sabe.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Foram as dores que me deu.

Tive uma consulta e mandaram-me chamar.. hum. Pausa

E explicaram-me o que tinha, tinha pedras ou pedrões na vesícula.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Sim. Para saberem o que tem e a família começam-se a preparar que o doente vai morrer.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Quero.

Para descansar, saber o que é que eu tenho.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Sim.

Falar com os doentes, ajudarem-nos quando estivermos com os nervos, tratar da gente.

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 42 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 57

♦ Profissão: REFORMADA – EMPREGADA DE BALCÃO.

♦ Escolaridade: ANALFABETA

♦ Diagnóstico: Neo do colon

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

O consentimento informado em certa e determinadas pessoas acho que sim, deve!

Mas há pessoas que não conseguem aceitar.

E, e na minha opinião primeiro deve-se estudar a pessoa, ter uma ideia mais ou menos sobre as pessoas, há pessoas que aceitam e há outras que se vão a baixo com a informação que é dada.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim, ajudou.

Para mim eu aceitaria a doença, parece segundo os Doutores me disseram, o que não estava nesse estado de perigo de um dia mais tarde e não fosse ia, detectada a tempo, eu aceitaria, mas o meu marido já não.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Eu acho que sim.

Derivado à pessoa que sou, nem todas as pessoas conseguem aceitar.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O médico com a própria pessoa ou o familiar mais próximo.

O médico com a enfermagem. Mas eu acho mais o médico.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Sim, acho que sim.

Porque normalmente nós gostamos de saber o que é, o que se passa connosco ou com os nossos familiares.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Foi transmitido assim de uma forma um bocado complicada, porque eu comecei a deitar sangue pelas fezes, aconteceu uma vez.

E então pensamos em fazer o exame, mas não contávamos com o que surgiu.

E depois a médica entrou em pânico, foi logo à procura do meu médico assistente no hospital.

E nesse aspecto foi muito simpática e o meu médico assistente tratou logo do assunto.

Transmitiram-me a informação de que eu tinha um cancro já bastante adiantado e que tinha que ser retirado, já imediatamente.

Foi só!

Depois tiraram-me um bocadinho para a biopsia, para a biopsia...hum...Pausa

E passado pouco tempo, deram-me logo o resultado da biopsia. Mas de qualquer maneira teve que ser.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Depende da aceitação da pessoa, há pessoas que gostam de saber e aceitam e há outras que não conseguem aceitar.

E as que não conseguem aceitar, acho que é melhor não saber, porque entram em pânico e depois sofrem eles muito mais e sofre a família.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim, com certeza.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Eu acho na minha opinião que sabe mais o médico que a enfermeira.

Quem sabe é o meu médico assistente, está mais dentro do assunto.

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 43 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 79

♦ Profissão: DOMESTICA

♦ Escolaridade: ANALFABETA

♦ Diagnóstico: Neo do pâncreas

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Eu sei lá!

É importante olharem para as doenças, para essas coisas todas.

Isso é que é.

As vezes é bom saber.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Pois sim.

Ajuda se, se fizer como eles mandam, ajuda.

3 - Acha útil o consentimento informado?

Não sei.

Para mim é importante que olhem prá gente quando a gente precisa, não é?

É isso mesmo.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Sei lá!

O médico.

Deve ser com certeza o médico, acho que sim.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Não, porque confio no médico

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Só sei explicar que fui para aqui para uma consulta e fui logo cortada imediatamente.

Foi logo imediatamente aquilo não demorou mais de duas horas, a fazer análises, aquelas coisas todas, não demorou duas horas.

E eu a não fazer conta de ser cortada. É isto mas está a correr bem, espero bem que sim.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

A função deles é tratar deles, quando estão doentes, quando podem, é assim mesmo.

Acho que sim que se deve informá-los, para saberem o que é que se passa.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Só sei que fui operada, a quê não sei.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Devem informar em tudo o que for preciso. Informar as pessoas como deve ser.

Que é a coisa melhor.

E olharem por elas, pelos doentes.

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 44 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino: X

♦ Idade: 47

♦ Profissão: MOTORISTA

♦ Escolaridade: 4ª CLASSE

♦ Diagnóstico: Estenose do piloro

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Acho que é importante.

Acho que é importante, pois claro.

Se a gente seguir em rigor o que o médico nos diz, pois é uma informação que eles nos transmite, se seguida em rigor é bom para o nosso estado de saúde, não é?

Para melhorar o nosso estado de saúde, penso que sim.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Eu acho que sim.

Acho que ajuda, sem isso não há nada, não é?

3 – Acha útil o consentimento informado?

Acho.

Em ajudar o doente a ser curado o mais rapidamente possível e ajudar ao médico a ter menos trabalho connosco.

Porque se a gente não informar, não dizerem ao médico realmente aquilo que sentimos, ou que já sentimos anteriormente...hum...Pausa

O médico vai ter mais dificuldade em detectar a nossa, nossa doença.

Penso que sim.

E também a sermos informados do que temos e o que nos vai acontecer.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Quem me deve informar?

É o médico, não é?

Será o médico, é a pessoa mais indicada.

Para já o médico assistente, muitas vezes o problema dos doentes chegarem a um certo e determinado estado de doença já mais um pouco mais avançada, é os próprios médicos assistentes que temos nas nossas aldeias, que não ligam muito aquilo que a gente lhes diz, aquilo que a gente lhes transmite.

Este problema que eu tinha já há muitos anos, que sofria disto.

Eu ia ao médico e o médico receitava mais uns supositórios, mais uns comprimidos, faça uma dieta,, faça assim.

E nunca me mandaram fazer exames.

A minha sorte foi ter entrado aqui e...e ter-me queixado a um médico particular, teve que ser a pagar, esse médico particular, como tinha aqui, o Dr. TB o pessoal amigo, mandou-me para ele.

Mas quando eu vim para ele já tinha feito uns exames a pagar, com o meu médico, a minha médica de família nunca se interessou muito por isto.

Portanto quando cheguei aqui o meu médico disse:

“ Nós já sabemos o que você tem, agora vai fazer mais estes exames para confirmar ao certo” e no fim de ter os exames, é que me mandou internar.

Mandou-me internar, mandou-me operar e realmente bateu tudo certo.

Se a minha médica de família aqui há três anos a trás.... pausa

Bateu tudo certo...Pausa

Se a minha médica há dois, três, quatro , cinco anos a trás... pausa

Andei-me a queixar a ela e todas as vezes que eu tive com baixa foi derivado a esta situação, se forem ver o meu cadastro, de baixa na caixa, foi sempre a queixar-me do estômago.

E, e isto talvez não chega-se a este ponto, quem sofreu com isto fui eu, sou eu que estou a sofrer com isto.

Não foi que eu desse informações à médica.

A médica é que muitas vezes se esteve borrifando, para aquilo que eu estava a dizer!

Entra a cem num ouvido e saí a duzentos no outro.

O problema é esse.

E depois o que é que acontece, há mais dispêndio à caixa, o doente sofre mais e o doente acaba com a saúde que devia ter.

Eu sinto que aqui para a frente, que não vou ser a mesma pessoa.

Se fosse operado aqui à 10 anos a trás, quando me comecei a queixar.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Participar?

Não, não, não, acho que não.

Porque não estudei para médico, só o médico é que tem que avaliar se o doente precisa de ser operado, se não precisa de ser operado, se tem que fazer um tratamento.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Provavelmente esta doença que eu tenho hoje, possivelmente se fosse há uns anos a trás poderia-se ter evitado a operação.

Era capaz de se ter evitado a operação.

Só que o problema é que a médica não se interessou pelos doentes, primeiras vezes que me queixei, isto foi degradando e depois comecei a ter medo da médica, juro que comecei ater medo da medica.

Sinceramente juro que comecei ater medo da medica. A médica começou-me depois a dizer então os comprimidos não fazem bem? Hum... Pausa

Sempre aqui a gente começa a ficar farto também.

E depois ainda há outra coisa, eu como sou camionista, cada pessoa o seu tratamento.

Portanto uma pessoa que seja empregada em Portugal, seja em Portugal, na sua área de residência, todos os dias essa pessoa tem que ter um tratamento. Uma pessoa que só está na área de residência que só está de 10 em 10 dias tem que ter outro tipo de tratamento.

Não pode ser a médica a marcar as consultas, mas sim o doente, a pedir a consulta à médica.

E a médica não aceitava isso, a médica dizia-me:

“ Olhe venha no dia 23”

Ao que lhe respondia que era camionista internacional, nesse dia estava na Alemanha, não vinha de avião para vir à consulta.

Depois quando cá chegava no dia 24, ou 25 ou 26 vinha para ter consulta e ela já não me atendia, não me queria consultar.

Isto, a gente, tem que se medir as situações dos doentes, cada caso é um caso.

Eu sou um caso, eu por exemplo estive internado 18 dias em França, o próprio médico deu o número de telefone dele, o próprio médico deu o número de telefone dele... hum pausa

Estes elementos estão no dossier do internamento que estive em França.

Eu por acaso sei falar bem Francês, eu metia as rodas do camião em França, telefonava-lhe par o médico, que era o Dr. T, olhe eu já estou aqui em França em Tolouse e ele respondia-me quando está em Lile, e...e eu respondia-lhe que estava em Lile amanhã de manhã à primeira hora.

Então pronto amanhã à primeira hora estou aqui em Lile e ele lá estava para me consultar.

E ele lá estava e consultava-me.

Só que infelizmente ele também não descobriu, eu queixava-me...hum pausa

Fez-me centenas de exames e nunca conseguiu detectar o meu problema.

O único médico que conseguiu detectar o meu problema foi o Dr. B, particular a pagar, cheguei lá a queixar-me e ele disse-me já sei o que tem.

Você tem uma estenose, mas quero fazer mais um exame para ter a certeza e depois fez os outros e mandou-me vir ao Cartaxo para fazer os outros exames, eu fui ao Cartaxo e depois disse-me está descoberto o que você tem, e agora não o posso operar, vou mandá-lo para Lisboa para o Hospital de Santa Maria, vai ter com o Dr. TB que o vai encaminhar para a operação.

E foi, foram cinco estrelas.

Pronto o médico para mim já sabia o que é que tinha, no fundo não sabia tudo, tudo o que tinha, o médico chegou-se ao pé de mim... hum...Pausa

Eu também lhe disse que não valia a pena esconder-me a doença, eu tenho uma extrema confiança nele e acho que ele não me está a mentir em nada.

Penso eu, não sei?

Pode haver também alguma coisa e o doente não é obrigado a saber tudo.

Hum, mas o Dr. T.B disse quando me mandava operar, mandou-me fazer um exame à vesícula e acusou pedras, não sei quantas.

E o Dr. T.B antes de operar disse-me, vamos operá-lo à estenose e vamos operá-lo também à vesícula, vamos retirar a vesícula, não lhe prometo nada, mas... hum pausa

Eles operaram-me no fim quando estive aqui na cama ele disse-me afinal de contas operamo-te mas não tocamos na vesícula, porque ele estava boa, se estava boa não íamos tirar um órgão que estava em boas condições... pausa

A única coisa era a estenose que estava ...hum...a começar a fazer uma pancreatite, porque estava a começar a inchar e a abrir o pâncreas.

Disse-me que tinha visto tudo e estava tudo bem. Está tudo a ficar bom.

Eu disse o Dr. é que sabe, eu estou muito confiante, muito contente, acho que não me está a mentir.

Porque se ele me disser que é uma doença que isto é ...hum. Pausa

Ele não é culpado, só é culpado se me estiver a mentir.

Porque há pessoas que não gostam de saber, de receber de chofre o tipo de doença que tem. Mas eu não me importo, porque ele não é o culpado.

Ele não é o culpado, ele fez o que pode.

Eu tenho muita consideração por ele. Ele tem sido incansável.

Agora ficarei um bocado ofendido com ele se ele realmente me andar a esconder alguma coisa., mas eu penso que não.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

É pá!

Quer dizer, eu só gostaria de ter acesso se fosse uma coisa perigosa.

Se não fosse estou-me nas tintas.

Eu não sou burro tenho isto há 17 anos e sei como são as coisas.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

É complicado.

É muito complicado, tudo depende do que o doente falar com o médico.

Porque há aqueles doentes, aqueles doentes mais conversadores que tem mais a noção do que é a doença e há aqueles doentes muitas vezes que não tem a noção do que é a doença.

E quando a vestes se lhes dizem que tem uma doença incurável, se calhar ainda os vão prejudicar mais.

Então se andarem enganados com a doença, se for uma doença dessas, por um lado é capaz de ser bom.

Há que estudar muito bem o doente, o doente em que ser muito bem estudado.

Penso eu, não é?

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

É pá!

Só que eles nos mostrem, mostrem alegria, andarem sempre bem dispostos.

Até aí já é muito bom.

E é o que por acaso se passa aqui, é o caso que se passa aqui.

Eu acho, penso, que não é a função dos enfermeiros nos darem informações, a informação tem que ser dada pelo médico, que é a pessoa mais credenciada, penso eu?

Que estuda e ainda por cima o médico quando tem dificuldades em descobrir a nossa doença vai pedir a opinião a outros colegas, que talvez já tivessem passado por eles o mesmo caso.

E portanto acho que será o próprio médico a dar a informação, acho que a enfermeira só tem que mostrar um bom modo ao paciente.

Chegar aqui a riem-se e até a brincar um bocadinho com o doente.

Falarem com o doente.

Então está bom? Está tudo bem?

Que é o caso deles aqui, eu aqui não tenho razão de queixa dos enfermeiros, são extremamente simpáticos, todos!

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 45 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino: X

♦ Idade: 47

♦ Profissão: EMPREGADO DE CAFÉ

♦ Escolaridade: 4ª CLASSE

♦ Diagnóstico: I. Renal – Transplante do rim.

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

O consentimento informado?

O consentimento informado é bom, para informar as pessoas do que tem.

É o médico explicar o que eu tenho e o que ele vai fazer-me.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim, sim.

A mim ajudou-me muito.

Mas eu não percebo muito bem o que o médico me diz.

Acho que tenho um problema no meu rim e tenho que ser transplantado. O médico lá sabe.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim.

Oh! Pá!

Bom para as pessoas saberem o que tem, como se sentem, as pessoas falando umas com as outras entendem-se.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Quem?

Para mim os Doutores.

É ele que me vai operar.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Sim, talvez, em tudo.

Há médicos que não explicam aos doentes o que é que se está a passar.

E, e pronto, o trabalho que foi feito e o que fizeram e o doente deve estar ao corrente de tudo o que se passou.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Portanto, a minha doença eu praticamente já sabia a doença que tinha.

Quando vim para cá já sabia o que vinha fazer.

Portanto foi-me transmitido através do telefone que vinha fazer um transplante.

E depois cheguei cá e fui transplantado e agora está a decorrer normalmente.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Acho que devem ser informados, porque, porque...hum...Pausa

Se eu tiver uma doença ruim e os médicos souberem e não me contarem , eu mais tarde venho a saber e não fico muito satisfeito.

Fico satisfeito se o médico souber que eu tenho uma doença ruim e me contar, eu fico satisfeitíssimo.

Porque posso vir a fazer tratamento ou outra coisa qualquer.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim, sim, quero.

Porque gosto de saber como é que estou, se tenho alguma doença mais grave ou outra coisa qualquer.

Acho bem que os médicos me informem, me contem.

Porque é que estão dentro do meu quadro clínico sabem as doenças que eu tenho, se eu tenho mais alguma.

Se eu tivesse acho bem que me dissessem.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Eu acho que também os enfermeiros devem estar ao corrente para tratarem dos doentes, não é?

E por outro lado para saberem também o tratamento que os doentes devem de levar e como devem funcionar a cirurgia para eles.

Penso eu, não é?

ENTREVISTAS

ENFERMEIROS

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 46 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 31

♦ Categoria profissional: ENF. GENERALISTA

♦ N.º de anos de experiência profissional? 4

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

Para mim é aquela informação que se deve dar ao doente sobre todo o que lhe acontece ao longo do tratamento hospitalar, neste caso... Pausa

Desde o primeiro de tudo até ao fim de tudo.

Se é sobre a cirurgia é sobre a cirurgia, se é sobre o tratamento é sobre o tratamento.

Às vezes chegam aqui para fazer quimio e radioterapia e não sabem o que é aquilo.

Há quem vai fazer uma cirurgia e também não sabem o que lhes vão fazer.

É toda a informação que se lhe deve dar ao doente.

O consentimento informado costuma ser sobre uma cirurgia.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Deve fazer o doutor do doente... Pausa

Acho eu do médico do doente.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Deve ser ao nível de enfermagem, só e exclusivamente.

Eu posso dar informação ao doente sobre o meu trabalho, não sobre o trabalho do doutor. Ele é cirurgião e vai fazer uma cirurgia e vai explicar ao doente o que vai fazer no bloco operatório, antes da cirurgia e posterior à cirurgia.

Fazer uma explicação ao doente ao nível dos cuidados de enfermagem, eu não lhe vou explicar ao Sr. que lhe vou tirar a vesícula, isso não é função minha.

Não tenho que lhe explicar aquilo.

Tenho é que lhe explicar os cuidados pré e intra operatórios... Pausa

Sempre ao nível da enfermagem.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

É assim, eu dou-lhes as informações pertinentes á cerca do meu trabalho, na ordem de enfermagem.

Os médicos devem dizer a analítica como estão, se vai doer muito.

Essas informações deviam dar ao médico essas informações e não nós.

Se eu tenho que apanhar uma veia periférica ou fazer um clister de limpeza.

O clister de limpeza é isto, isto e isto e para isto e depois vai acontecer isto.

Isto é uma técnica de enfermagem.

Ou se lhes vou puncionar uma veia, é uma veia canalizada, vou para lhe por o antibiótico.... Pausa

Eu falo sobre o meu trabalho, o médico sobre o dele.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Claro!

O doente não sabe absolutamente nada e perguntam-te vai doer muito?

E o que me vão fazer?

Incluso a cirurgia e isto é mais notório se são pessoas da terceira idade, claro!

Se lhe explicarmos que vamos puncionar uma veia, vai ficar com um soro, os doentes aceitam e dizem-nos sim, sim... pausa

Mas se é um velhote choram,, ficam nervosos e choram e não dormem toda a noite.

Porque desconhecem tudo, tudo, o que lhe vão fazer no hospital.

Entram aqui é um meio completamente desconhecido e pronto sofrem muito!

Claro desnecessariamente.

É mau ao nível médico. Pausa

Os médicos não informam de nada... Pausa

Eles são péssimos... Pausa

Ignoram os doentes, é horrível... Pausa

Eles também nos ignoram... Pausa

Os doentes vão fazer quimio e radio mas não sabem o que têm ... Pausa

Espero que o seu estudo melhore alguma coisa!

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 47 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 32

♦ Categoria profissional: ENF. GRADUADA

♦ N.º de anos de experiência profissional? 9

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

Para mim o consentimento informado é informar os doentes do que é que tem, do que lhes vão fazer fazer ...hum...hum... Pausa

Assinar a autorização, de certo e determinados exames, cirurgias.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Acho que devem ser em no caso cirúrgico o médico, em diagnóstico é isso o médico.

Mas depois devemos ser nós!

Devemos esclarecer certas dúvidas que os doentes têm.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

O grau de participação, o grau de participação, o que quer dizer com a participação?

Eu acho que quem deve pedir o consentimento informado é o médico. Pausa

Nós devemos estar junto do médico para saber o que é que ele informou o doente e depois esclarecer o doente, porque a maior parte dos doentes não percebe o que o médico disse. Há os termos técnicos e depois têm dúvidas.

E nós esclarecemos os termos técnicos, é verdade!

Por isso é que eu digo nós devemos estar presentes quando os médicos falam, fala com o doente, também para saber o que lhe foi dito.

Mas no nosso serviço, nós não temos o consentimento informado, não temos!

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Eu? Eu? Não digo nada!

Eles às vezes não sabem o que têm e acho que não sou eu que tenho que dizer, não é?

Mas eu posso ajudá-los, não é?

Se tiver alguma colostomia, fazendo os ensinamentos que ache necessários.

Mas, mas, mesmo o que eles têm?

Não digo, não digo!

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Pode, pode, mais do que isso.!

É um direito que todos eles tem, que deviam ser informados.

Do que têm do que é que lhes vão fazer... Pausa

Mas, mas não acontece.

Nós aqui no nosso serviço, que é de cirurgia temos doentes que vão fazer uma colostomia, eles não fazem ideia do que é aquilo!

E depois vamos ensinar, tem uma colostomia, um saquinho... e dizem :

Quem? Eu? Não!

Eles não fazem a mínima ideia, ninguém os informou, que iriam ficar com uma colostomia, não é?

Nunca são informados, é um bocado mau!

Eu acredito no consentimento informado, mas não como é feito no nosso serviço, eu sei que não posso dizer, hum... Pausa

Eu sei que não posso dizer, não quero chatices mas o consentimento informado não se faz!

Como há humanização se o doente como já lhe contei não sabem que vão ficar com uma colostomia?

Assim, não!

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 48 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 39

♦ Categoria profissional: ENF. GRADUADA

♦ N.º de anos de experiência profissional? 15

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

Hum... é o conhecimento que o doente tem acerca das técnicas, exames, cirurgias que lhe vai ser feita.

Tem que ter conhecimento e autorizar sempre... hum... a realização. Pronto!

Será isto em termos gerais.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Aplicação, aplicação, isto depende um bocado... hum... Pausa

Depende se nós estamos a falar das cirurgias ou de exames complementares.

Em cada área o técnico responsável, o cirurgião no caso da cirurgia, no caso de uns exames quem vai realizar o exame.

Terão maior capacidade de resposta para dar conhecimento, para explicar aos doentes as complicações que poderão surgir, eventualidades, ter uma noção específica do que irá fazer.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Às vezes há a necessidade de fazer a ligação entre o médico e o doente. Tanto antes como no após isto assim entre aspas.

O doente às vezes ficam com algumas dúvidas, em princípio o doente já foi informado do exame ou da cirurgia, tem a noção, do que foi fazer, do que vai fazer e nós depois complementamos a informação.

Portanto informamos e confirmamos.

Serve para transpor e reforçar um bocado a informação que lhe foi transmitida.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

A informação, informação, depende... Pausa

Essa parte recambio para a parte médica.

Não lhe dou a informação directa.

Quem dá a informação clínica mesmo do doente é o médico irá sempre para o médico.

Depois alguma coisa, nós sabemos mais ou menos a gravidade, essa parte recambio para a parte médica.

A informação concreta em si, será sempre para o médico.

Se não estiver, se não houver essa possibilidade vemos quem é que está de serviço.

Dou a informação, mas não dou concretamente, não digo tem uma neoplasia do pâncreas, não digo, acho que deve ser o médico que vai informar ao doente.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Claro, é melhor....hum... também é assim, bom nesta fase, acaba por tanto a falta de pessoal, de recursos humanos e materiais e etc..

Acaba por desligar um bocadinho e havendo este cuidado nós temos a preocupação de informar o doente e conversar com o doente e aí acabamos por ligar à família e acaba por haver maior vinculo e o acompanhamento é diferente.

E o acompanhamento psicológico também é diferente, é melhor.

Interligamos e interpomos com os outros.

É assim, assim estes aspectos que penso ter respondido.

Estou-me nas tintas é deixar o barco correr.

Não contratam enfermeiros, foram todos para o Norte ficaram poucos, um enfermeiro para vinte doentes, faz-se o que se pode, se há tempo informa-se.

Já não luto como antigamente.

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 49 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 40

♦ Categoria profissional: ENF. GRADUADO

♦ N.º de anos de experiência profissional? 14

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

O consentimento informado é o doente saber exactamente aquilo que está proposto para ele, e se ele concorda ou não, se vai ser feito ou não.

Ele vai ter conhecimento para nos dizer se concorda ou não em relação a essa situação.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

É assim.

No nosso caso que trabalhamos em cirurgia quem deve informar ao doente, quem deve pedir o seu consentimento ao doente é o cirurgião que primeiramente... Pausa

Que o deve fazer.

Eu respondo pelos meus actos de enfermagem, se vou prestar cuidados de enfermagem, qualquer que seja, eu devo dizer ao doente o que lhe vou fazer.

Isso, aí é uma coisa que teremos que ver como se irá resolver.

Na cirurgia, o consentimento informado ao doente deve ser dado primeiramente pelo cirurgião.

Eu penso que se não for cirurgia ahum ...Pausa

A abordagem a um doente, regra geral, se este estiver internado, esta abordagem é sempre feita pelo médico assistente do doente.

A parte no tratamento a direccionar, essa parte é mais na prestação de cuidados.

Eu penso que terá que ser sempre feito pelos médicos.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Se a informação for conjugada com...hum.. ou se pode-se idealmente se for conjugada com o médico, poderiam as coisas, se calhar seria melhor.

Juntar o médico e o enfermeiro seria o ideal, juntar o doente e algum familiar, ou familiares, depende de cada doente, de cada situação.

E em conjunto fazer uma avaliação para já do doente em si e isto já antes também, não é?

Sempre uma avaliação para ver até agora como será. Como será ou não dada informação, se possível toda em conjunto.

O nosso grau de participação, concordo com a nossa participação no consentimento, o que eu posso fazer em relação a isso, julgo eu é explica ao doente o que vai ser submetido, por ex. o tratamento, a cirurgia...

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

É assim, assim... Pausa

Quando é uma situação grave depende, depende, quando é uma situação grave tento sempre ter conhecimento do que é que o doente sabe, não é?

Do seu estado de espírito, de tudo o que envolve aquela situação, e.... e de acordo com este conhecimento do doente, tentarei, tentarei falar qualquer coisa, embora não vou dizer: « coitadinho, ai! Agora tem um cancro!», não sei o quê, não vou com essas coisas.

Mas há maneiras de resolver, há que ter, que ter outra perspectiva, no sentido... pausa

Há também o doente que não tem conhecimento, isso aí!

É melhor nem abordar o assunto.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Eu acho que sim!

Eu acho que sim!

É assim, se as pessoas estiverem informadas, tiverem conhecimentos,... hum... Pausa

Talvez seja mais fácil envolvê-las no projecto de tratamento da cura. Embora seja um bocadinho discutível, também!

Mas penso que numa perspectiva da família colaborar, do doente colaborar.

É importante informar.

Mas por outro lado, eu penso assim, nós temos uma população um bocadinho bocadinho, bocadinho.... hum... Pausa

Com um nível baixo.

E nem sempre e também com uma faixa etária um pouco elevada e nem sempre é fácil envolver o doente e família, não é?

Tentamos sempre envolver, jogar com eles, não dando pormenores todos, pronto...hum..

pausa

Às vezes é complicado!

Mas penso que sim, é importante!

Ouve nós... claro que damos a informação velada.

Por ex. eu tive um doente que ia ser operado ao esófago e a certa altura apercebi-me que ninguém lhe tinha explicado o pós operatório, isto é iria ser ventilado. Eu expliquei-lhe ao doente e à família.

Foi horrível senti-me mal, cheguei a casa angustiada e se o médico souber?

Nós damos toda a informação de uma forma velada, escondida, nós somos verdadeiros nisso à séculos, a informação é dada mal, não é?

Somos nós que falamos com o doente e também com a família

Nós temos aqui um caso de um doente com um neo e ninguém lhe disse nada, é horrível!

E até às vezes a família não quer que se lhe diga nada.

Mas, digo-lhe para mim todo o doente que tem um cancro, sabe que o tem, os doentes têm um sexto sentido.

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 50 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 27

♦ Categoria profissional: ENF. Nível 1

♦ N.º de anos de experiência profissional? 3

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

O consentimento informado, o consentimento informado, é portanto...hum...Pausa

É a autorização entre aspas que a pessoa dá, para invadir a sua privacidade ao nível de qualquer intervenção que se faça. Penso eu.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Penso que é o médico, mesmo, não é?

No caso da cirurgia é um acto médico, é o médico que deve informar.

Os médicos que estão com o doente é que devem informar.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Tudo o que vai ser feito ao doente, deve ser informado ao doente de uma forma compreensível, não com termos técnicos duma forma que ele perceba, entenda o que lhe vai ser explicado.

Explicar o que vai acontecer, se não ele não vai perceber, o que lhe está a acontecer.

Damos a informação necessária.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

O diagnóstico é dado pelo médico.

Depois temos que saber o que o doente sabe, o que não sabe, quais as dúvidas dele. E aí atender em relação às dúvidas, as necessidades que ele tenha e esclarecer.

O que deve fazer, o que não deve .

Acho que este apoio é fundamental.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Sim. Sem dúvida.

O doente está informado do que está e vai acontecer e só por aí podemos falar em humanização.

Vai ser explicado ao doente toda e qualquer técnica, este irá consentir ou não.

Só assim podemos humanizar os cuidados.

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 51 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 43

♦ Categoria profissional: ENF. GRADUADA

♦ N.º de anos de experiência profissional? 21

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

Portanto o consentimento informado é algo...hum é uma informação que é prestada ao doente no sentido de obter a sua autorização para um exame, qualquer técnica.

Pode ser escrito ou verbal.

Qualquer informação prestada para obter a sua autorização.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

É assim.

Se o consentimento informado for para actos médicos...hum...Pausa

Acho que este consentimento informado deve ser prestado pelo médico.

Se considerarmos aquele consentimento que advém das nossas técnicas, é evidente que deve ser prestado pelas enfermeiras.

Não sei qual o consentimento que se está a referir.

É aquele consentimento que, que... Pausa

Uma técnica de algaliação, qualquer técnica quer no âmbito da enfermagem.

Portanto é um consentimento verbal, informamos ao doente que lhe vamos fazer aquela técnica e obtêm-se ou não um acordo da doente.

Acho que se for outro tipo de consentimento um doente que vai ser operado ou um doente que vai fazer um exame, se é o médico que o vai executar, acho que deve ser o médico.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Acho que também é importante que o enfermeiro esteja presente, hum... Pausa

Para também saber que tipo de informação está a ser dada ao doente.

Porque muitas vezes os doentes nos vêm questionar depois do médico ter saído, vêm-nos questionar sobre se o seu exame é doloroso, a técnica que vai ser utilizada.

Acho que é importante que nós também estejamos presentes para saber efectivamente o que se vai passar de facto com aquele doente.

Em relação ao consentimento, não acho grande utilidade que o enfermeiro esteja presente para assinar um papel.

Aí parece-me, não acho necessário a presença do enfermeiro.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

O tipo de informação, é uma informação mais no sentido de ouvirmos o doente, de forma a que eles exponham os seus medos, as suas angustias.

Porque muitas vezes o doente.... hum... o doente não pergunta.

Porque ainda há aquela distanciação entre o doente e o Sr. Doutor, e muitas vezes não é ao médico que o doente põe determinadas questões, não é?

O doente a maior parte das vezes está mais à vontade connosco, porque somos nós que estamos as 24 h com o doente, porque nos vê mais vezes e é connosco que está mais à vontade para nos questionar das, das...hum... Pausa

Das coisa, das questões que o estão a preocupar.

Acho que a nossa informação é mais na participação de ouvir, de ouvir o doente e muitas vezes servimos de mediadores, para percebermos o que está a preocupar o doente.

Embora não sejamos nós quem vai informar o doente que tem uma doença grave, do foro oncológico ou outro tipo de situação, mas servimos de mediadores.

Alertamos o médico que o doente pôs esta questão como é que ... que se vai resolver, que tipo de necessidade está por detrás, para podermos encaminhar ou para o médico ou para a assistente social ou para qualquer outro elemento da equipa.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Eu penso que sim...hum...hum...Pausa

Agora não me estou a lembrar concretamente, pode ser muito vago.

Um doente que vai ter alta, que está preparado para o que vai acontecer ou que poderá acontecer no domicílio, não só ao doente como á sua família.

Eu, eu...hum... penso que faz parte da humanização dos cuidados.

Acho que nós enfermeiros somos um bocadinho...hum...Pausa

Não em relação ao que nos diz respeito directamente, mas às vezes temos dificuldade em perceber até onde vão os nossos limites...hum.... Pausa

Acho que há coisas estritamente médicas, como é o acto cirúrgico, como é um exame uma CPRE que envolve, como uma arteriografia que envolve muitos riscos. E muitas vezes os doentes não são informados disso e nos confrontamos com isso.

E Sr. Enf. vai doer?

E o que eu vou fazer?

E posso morrer?

Pronto...hum...nós explicamos o seu exame vai ser assim, vai sentir alguma dor, mas vai ter uma analgesia previamente.

Há uma serie de informações que eu acho que deviam ter sido dados pelo médico, mas somos nós realmente que somos confrontados com estas situações.

Muitas vezes o doente desconhecem o que é que lhes vai fazer e lá está, talvez pela proximidade que o enfermeiros está, têm com o doente somos nós que ouvimos este tipo de dúvidas que o doente têm.

Porque não há este cuidado da parte médica de explicar concretamente o que é, o que se vai passar, hum... Pausa

Pronto, acho que nós também nos sentimos um pouco mais limitados, porque é assim muitas vezes, nós nem sabemos qual é o exame que o doente vai fazer.

Muitas vezes é o doente que nos fala, eu acho que vou fazer uma arteriografia. Porque também não temos o feed-back e depois é muito complicado estarmos a falar de uma coisa que não temos a certeza.

Portanto, acho que no consentimento informado que, que devia haver um trabalho de equipa, que realmente não existe.

Sinto isto, porque muitas vezes os doentes.... hum... Pausa

Ainda agora tivemos uma jovem que tirou uma simples drenagem pelo facto de não saber como as coisas se iriam processar, esteve mal, muito angustiada, não dormiu. Só depois é que apercebemos daquela reacção, do não dormir, por uma razão muito simples, que não foi explicado ao doente como se ia proceder, se doía, se não doía.

Às vezes são coisas tão banais, tão simples que muitas vezes nós próprios nos esquecemos, muitas vezes esquecemo-nos de transmitir isso ao doente.

Às vezes a ansiedade que, que....hum... determinados comportamentos, pronto, deve ter a ver com esta técnica, hum...Pausa

Há muita falta de dialogo, pronto, não é só dos médicos, penso que é do conjunto.

A equipa nem sempre funciona, como uma equipa como um todo.

Acho que ela é muito importante, que era muito importante que houvesse uma atitude diferente, para que soubéssemos, hum...Pausa

Estar a par do que se está e vai passar, para podermos muitas vezes quando somos confrontados com qualquer tipo de dúvidas podermos dar outro tipo de solução.

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 52 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 34

♦ Categoria profissional: ENF. GRADUADA

♦ N.º de anos de experiência profissional? 9

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

Acho que é um documento muito importante, que é também uma oportunidade do médico, dos médicos explicarem ao doente e familiar, pelo menos era o que deveria ser, explicando os exames e algumas questões quer dos próprios quer dos familiares possam fazer na altura.

É a altura propicia para isso. Pronto explicar o teor do exame e para que serve os exames e como é que vai fazer os exames.

É importante porque fundamentalmente por causa disso.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Acho que é o médico.

Por estes motivos que eu há pouco disse. Porque há uma oportunidade do doente pôr, colocar as dúvidas, perguntas como é feito o exame, o que se faz durante o exame.

É que algumas vezes vêm-nos perguntar a nós e temos algumas dificuldades.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

É tentar saber, hum... através dos doentes, hum... Pausa

Eles primeiro lugar falam connosco, é connosco em primeira linha, não tanto com o médico.

E depois, hum... fazer a ligação com o médico e tentar, hum... Pausa

Fazer o elo de ligação hum... Pausa

Médico e o doente, hum... no fundo...Pausa

É também acalmar o doente que está muito ansioso, só nessas alturas. Pausa

E a ansiedade diminui quando tiverem esclarecidos da situação, situações, do exame, é isto não sei, mas é isto.

Acho que deve ser sempre o médico a dar o papel e a explicar, a assinar... hum...Pausa

O doente é afinal é ele que vai operar, que sabe o que vai fazer, hum... Pausa

O nosso grau de participação, hum... Pausa

Passa acho que....hum....Pausa

Deve ser o médico, não devemos ser nós, é a minha opinião.

4– Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Hum... pausa

É um bocado complicado...hum Pausa

É complicado, eles realmente questionam-nos muito em relação ao diagnóstico e nós hum...Pausa

E nós muitas vezes não sabemos o que havemos de dizer ao doente, até que grau é que eles sabem da situação deles ou não.

Há tempos, ainda o outro dia, estive com um doente com neoplasia que não sabia, não sabia ao que vinha, o que lhe vai ser feito, o que lhes vai acontecer a seguir. Pausa

É muito complicado para nós.

Não podemos dar dicas mas também não podemos falar abertamente. Porque.... hum...

Pausa

Porque não é fácil, não é fácil. Tentamos falar com os familiares, daquilo que eles também sabem. É isso, eu não posso dizer o Sr. têm uma neoplasia, eu não lhe posso dizer.

Só digo do nosso âmbito, sim!

De enfermagem, hum... os pormenores não, pormenores clínicos não, não, acho que não devemos dar. É o médico que deve dar.

Depende também do doente, da informação que lhe foi dada, como a recebeu, da situação...

Até podemos falar abertamente. Senão é complicado depende do doente.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Sim, sim, era o que eu estava a dizer à pouco a pessoa que sabe claramente o que vai fazer da sua situação, que está esclarecido, que sabe da medicação, é um doente que coopera muito e ajuda muito nos nossos cuidados. Sabe o que vai passar para a frente, ajuda muito nos cuidados, é assim!

Tenho algumas dificuldades em falar, de explicar, mas é assim!

Acho que, que muitas vezes isto não têm a ver com os enfermeiros, os doentes fazem exames, sem terem a mínima noção, ideia do que têm e do que vão fazer, nem porque é que o vão fazer.

Ninguém esclarece nada, dizem aquele doente da cama X vai fazer uma endoscopia no dia tal e o médico diz-lhe no próprio dia.

E agora é assim!

E ele fica em jejum, nem percebe porque e, e.... hum... Pausa

Eu acho que o consentimento informado, o consentimento informado é isso, é importante nesse sentido. O doente naquele dia vai fazer este exame, que consiste nisto e nisto e é por isto que vai fazer.

E era muito importante também para nós e para o doente. Este fica menos ansioso, menos nervoso, muito esclarecido. E acho que a participação do doente e da família é diferente, é melhor!

A família poderia querer acompanhá-lo no exame e porque não?

Não é?

É importantíssimo e ainda não está, não está completamente implementado neste serviço, pelo menos.

Na Amadora está , aqui não!

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 53 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino:_____

♦ Idade: 37

♦ Categoria profissional: ENF. GRADUADA

♦ N.º de anos de experiência profissional? 15

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

É assim, é a informação sobre um determinado acto, explicação do que irá acontecer ao doente, ter conhecimentos prévios, de forma ao doente poder consentir ou não que este acto se lhe realize.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Isto é para actos mais graves eu acho que deveria ser o médico, porque mexem com a integridade, mexem com a sua auto- imagem.

É diferente de uma endoscopia ou de puncionar uma veia, claro está!

Neste serviço, a folha escrita é um relação ao acto médico, cirúrgico.

Todo o resto somos nós que lhe dizemos, por ex. vou picar para tirar sangue por ex o doente diz sim ou não, ou não diz nada.

É o nosso consentimento informado, de alguma forma de um acto de enfermagem.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Nós devemos participar em toda a informação dada ao doente. Até devemos trabalhar em equipa até porque, por ele mesmo.

Deveríamos trabalhar sempre em equipa, portanto porque aquilo que é dito pelo médico deveria, hum... Pausa

Como é que eu vou explicar. Pausa

Ao trabalho em equipa toda a informação deveria ser uma só, hum.... Pausa

E portanto, hum.... nós deveríamos participar totalmente.

Aquilo que podemos e sabemos informar. Pausa

O doente tem todo o direito à cerca do seu tratamento, no que me diz directamente respeito, porque há determinadas informações que não podem ser dados por nós.

No que nos diz respeito, acho que nós deveríamos participar em tudo, em tudo.

O nosso grau de participação no consentimento informado, eu tenho algumas dúvidas, hum... Pausa

No nosso serviço, o consentimento informado é do acto cirúrgico, é ele que assina o papel.

De facto o consentimento informado se reafirmou ao acto cirúrgico, é ao acto cirúrgico é aí que existe um o papel onde se escreve.

Todo o resto é via oral.... hum.... Pausa

Não é se um doente vai fazer determinada coisa, se um doente se recusa, têm todo o direito, eu sou obrigada a aceitar.

Nas devidas precauções que devo tomar.

Uma coisa é informar, não é um acto escrito. Não podemos escrever o doente recusou isto, isto, a fazer isto e informa-mos o médico de determinado acto que deveríamos ter prestado.

Para mim o consentimento informado é muito confuso não percebo.

No que nos diz respeito, há a parte médica e há a parte de enfermagem e portanto temos que saber cada um no seu lugar.

Portanto todos nós sabemos que a informação do diagnóstico é dada pelo médico, todo o resto nós informamos o doente daquilo que nós sabemos.

Nós informamos de tudo o que nós sabemos ao doente, daquilo que sabemos. Ao doente e que nos diz respeito.

A nossa participação é total, nós devemos participar totalmente e trabalhar em equipa, senão cada um de nós dá a sua informação.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Que tipo de informação que dou?

Depende do doente, da situação do doente, daquilo que le quer ouvir, depende daquilo que ele sabe. Porque muitas das vezes ele não quer ouvir, muitas das vezes ele já sabe antes de ter sido dito, há aqui um sexto sentido e as pessoas apercebem. Pausa

As pessoas com neoplasias sabem mais cedo ou mais tarde sabem, mesmo que não lhes tenha sido dito, sabem!

Isto da minha experiência diz que sim, muitas vezes a família não permitiu que o doente soubesse, mas eles sabem.

Se eles quiserem, nós ouvimo-los, essa é a nossa função, não criar expectativas que não sejam as verdadeiras... hum... Pausa

E responder às perguntas que eles tenham, infelizmente acontece muito.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Claro que é o que nós fazemos diariamente. No fundo nós fazemos o consentimento informado, falamos sempre com o doente sobre tudo o que lhe vamos fazer, sobre tudo o que quer, nós esclarecemo-los.

Sem dúvida, nós podemos ficar ao pé do doente, prestar os cuidados e não falarmos com ele sem informá-lo, é impossível.

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 54 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino:_____

♦ Idade: 33

♦ Categoria profissional: ENF. GRADUADO

♦ N.º de anos de experiência profissional? 12

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

É informar o doente sobre a sua situação clínica e sobre a evolução da sua situação, que caso necessite de uma cirurgia explicar-lhe, explicar ao doente o que lhe vão fazer o que é que não vão.

Muitas vezes o que acontece é que os doentes não sabem o diagnóstico que têm...hum... de entrada, e às vezes ... hum... entram....hum.... sabe o que tem, mas depois ...hum...

Pausa

Estamos a falar do consentimento informado da parte da cirurgia, não é! Pronto!

Muitas vezes eles não tem conhecimento, nem do diagnóstico, nem do que vão fazer,< não vão, muitas vezes, exames.... hum... Pausa

Do que vão fazer, às vezes umas técnicas mais evasivas, os doentes não sabem do que vão fazer, em que consiste, não há uma explicação prévia.... hum... Pausa

E o doente depois....hum... Pausa

Devia de haver alguma coisa, algo da parte principalmente da parte da cirurgia, nós temos, mas normalmente não é feita, às vezes não é feita.

O que o doente consentir e dar a sua autorização para uma cirurgia, para saber o que... hum... Pausa

O que é que lhe vão fazer e não vão.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Eu penso que seja o médico na minha opinião.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Nós podemos dar, tentar explicar, mas não entrar em pormenores técnicos que é da parte médica. Nós temos que esclarecer dúvidas mas da parte de enfermagem que nós possa... hum.... pausa

No pós operatório podemos fazer o ensino, explicar....hum... pronto, o que pode fazer.

Da parte médica e técnica acho eu é o médico que tem que fazer.

Fazemos o ensino no pós operatório, há muitas coisas que lhe podemos fazer ao doente de ensinos, por ex. o levante, da parte respiratório por ex.

Agora da parte técnica, não!

Deve ser o médico no consentimento informado, nós podemos quando o médico está a explicar ao doente, para dar o consentimento, podemos estar presentes, eu...hum... Pausa

Se for preciso dar alguma ajuda. Mas nada de técnica.

Acho que o consentimento.... hum... pausa

Mas temos que ver o doente que está, está ao pé, como é que lhe há-de explicar, como é que lhe vai explicar. E nós podemos dar um apoio. Muitas vezes somos nós que estamos

mais em contacto com o doente, muitas vezes eles tem mais confiança, não é ?
Connosco.

Às vezes tem mais confiança, porque somos nós que estamos as 24 h com eles, perto do doente do que o médico, nós podemos dar um apoio, às vezes ajuda.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Eu? Que tipo de informação?

Hum... Pausa

Não dou informação que possa, tento....hum... Pausa

Algumas vezes os doentes tem dúvidas, de algumas coisas, que eles ouvem, mas visitas médicas, têm dúvidas eu posso dar apoio psicológico, mas nada de apoio técnico, de diagnóstico, não dou!

De coisas técnicas, de diagnóstico nunca dou, nunca informo.

Da parte de enfermagem eu explico, tudo o que vou fazer, executar ao doente eu explico e dentro da parte de enfermagem, explico o que vou fazer, mas não da parte de diagnóstico, que implique que seja uma coisa grave.

Se um doente têm uma neoplasia eu posso-lhe explicar que exames vai fazer, posso lhe esclarecer a sua situação clínica, mas não entro em pormenores de diagnóstico. Nada de diagnóstico.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Sim. Porque por ex. é assim.... hum.... Pausa

Como estava a dizer à bocado o médico informa o doente e nós podemos dar apoio, só que damos apoio.... hum.... não podemos mais.

Explicamos mas não em diagnóstico, esclarecemos de algumas patologias, ajudar a esclarecer patologias, para o doente estar esclarecido para saber... hum... Pausa

Pronto!

Os doentes estão muito relutantes às vezes a certos exames, vêm lá de fora com ideias muito confusas.

Quando tem neoplasias do recto só pelo facto de ficarem com um saco, como eu disse já é uma coisa muito grave têm que se explicar como por ex. que há vários métodos. Pausa Sem ficar com o saco como eles dizem, é complicado!

Eles vêm com ideias lá de fora é ajudar a esclarecer e tentar dentro do possível esclarecer.

Nós não podemos dar informação... hum... pausa

Eu não costumo fazer isso.

Muitas vezes a família vem ter connosco, comigo... hum... pausa

Sr. enf. Acha que o meu pai têm algo de grave?

Vai morrer?

Eu vejo as análises e envio para o médico, para explicar.

Se tem que ser operado ou se tem um exame, muitas vezes perguntam-nos a nós se o pai deve ou não fazer aquela cirurgia ou o exame.

Se informar-mos quem nos defende?

Ninguém!

O médico já falou consigo?

Tenho sempre uma atitude defensiva, quero terminar o dia bem, porque senão há represálias.

Informa-se como se sabe de uma forma velada dou-lhe um ex. eu tive um familiar com neo da bexiga e o médico disse-me que só lhe dava 6 meses de vida e já passaram 20 anos. Eles também se enganam.

Nós informamos e depois não temos rede.

Tive um doente que tinha uma carcinomatose peritoneal, o médico disse-lhe que havia uma luz ao fundo do túnel. Claro que eu sabia que não havia nenhuma luz. Pausa

Eu nunca digo o diagnostico grave e outro se não for grave com cuidado. Ninguém nos defende e eu quero terminar o dia sem problemas.

Há doentes quer vão fazer quimio e não sabem o diagnóstico. Pausa

Não sou eu que os vou informar tem que ser o médico.

Se não tenho problemas.

O doente sabe o que se passa pela nossa cara, pelas nossas feições, mesmo sem nós querermos. É assim!

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 55 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 36

♦ Categoria profissional: ENF. GRADUADA

♦ N.º de anos de experiência profissional? 15

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

O consentimento informado consiste em que o, o hum... Pausa

O doente têm que ter uma opinião sobre o que lhe vão fazer, portanto, o doente deve ser informado daquilo que tem, da doença que tem, do problema que tem, dar hipóteses para a resolução do problema, dos problemas e deverá tomar... hum... Pausa

Depois de saber das alternativas do problema, da informação da doença, que doença é, que estão esclarecidos é que consentem.

Devem os doentes ter uma opinião daquilo que deverá e quer fazer.

Têm a ver com participar com aquilo que lhe vão fazer e sobre aquilo que não lhe vão fazer.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

O consentimento informado pode ser aplicado por qualquer técnico, pode ser médico se o acto for médico ou pode ser de enfermagem se o acto for de enfermagem.

O doente deve ser sempre informado daquilo que lhe vão fazer e depois mesmo que não seja... hum ... pausa

O consentimento pode não ser um documento escrito, pode ser um doente dar autorização para. Mas não é!

Sempre que vamos proceder a uma técnica tem que ser explicado ao doente o que lhe vamos fazer e o doente pode dizer que sim, sim senhora ou pode dizer não. Tem esse direito.

Eu acho que sempre que se procede a alguma técnica, pode estar implícito o consentimento informado. Embora não de uma forma tradicional, do papel assinado.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

É assim. Em termos de informação clínica deverá primeiro ser o médico que deverá transmitir essa informação, prognóstico, diagnóstico, deverá ser o médico que informa o doente.

No entanto o enfermeiro que está 24h com o doente, os enfermeiros apercebem-se se o médico tem ou não essa conversa com o doente e se o doente percebeu daquilo que tem, se foi informado de tudo aquilo. Pausa

Se o doente não foi informado, se o enfermeiro se apercebe do que não foi informado deverá chamar à atenção do médico. Pausa

Que o doente não têm esse conhecimento e deveria!

E entretanto poderá, será estabelecido com o médico, se quer ajuda para transmitir.

Ou se recusar mesmo o médico e dizer que não quer transmitir. Isto verá ser posto à comissão de ética, que existe este caso no serviço, que o doente não está a par da situação, porque o médico não quer fornecer essa informação.

Não é por norma fazer isto, por norma é o médico depois de chamado à atenção do problema, normalmente os médicos falam depois com o doente. Mas não falam logo à primeira e normalmente temos que pedir a sua participação porque os doentes não sabem da sua situação.

Mas quando confrontados com a situação, quando falamos com os médicos até eles conversam, falam com os doentes. Acabam por o fazer.

A nossa participação no consentimento informado em termos de papel escrito, a nossa participação?

Nós não podemos ir para além do que o médico transmite. O médico transmitiu e nós depois tentamos saber.

A partir do momento que o doente sabe à cerca da doença e podemos confirmar ou não aquilo que o doente sabe. Podemos dizer que sim senhora... hum... pausa

Temos que partir da informação de que foi dada. Pausa

Temos que partir da informação de que o doente já sabe, muitas vezes aquilo que os doentes fazem é que confrontam aquilo que lhes foi dito e querem saber as várias opiniões à cerca da mesma coisa. Pausa

Ele quer uma segunda opinião daquilo que lhe foi dito, quer uma confirmação daquilo do que lhe foi dito.

Poderá ser preciso pedir ao doente que nos confirme o que sabe, o que lhe foi dito.

Acontece também várias vezes que ao doente não lhes foi dito nada e depois como é?

Acho que o nosso papel no consentimento informado é apoiar o doente, a, a hum
Pausa

A informação que lhe foi transmitida e para que a informação lhe seja fornecida.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

O diagnóstico não é transmitida por nós. O diagnóstico é transmitido pelo médico.

A informação é transmitida pelo médico, nós depois confirmamos com o doente o que o médico disse.

O doente pergunta: Sr. Enf. o que é que eu tenho?

E nós respondemos o que é que o médico já lhe disse?

E com base naquilo que o médico disse, porque depois eles vão começar a dizer... hum... Pausa

Nós vamos confirmando.

Porque nós estamos a par da situação e verdade e vamos confirmando com base naquilo que o doente já sabe.

Muitas vezes os doentes dizem que não sabem, mas sabem, o que acontece várias vezes.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

O consentimento informado como papel assinado acho que não!

Porque muitas vezes é dado um papel ao doente e não lhes é explicado tudo aquilo que o papel implica.

O consentimento informado é uma coisa muito geral e implica tudo e mais alguma coisa.

E com isso os médicos sentem-se protegidos porque foi assinado o papel, só que o doente pode não saber muito bem o que assinou.

Eu nunca assisti à transmissão da informação e assinatura desse papel do consentimento informado por parte do doente.

É normal é o médico que o faz.

Mas nós vemos o consentimento informado que existe no serviço, normalmente o que temos é o da anestesia, nós vemos o papel e o papel não diz nada, é geral, portanto dá hipóteses do médico fazer todas as técnicas, quer dizer, que sejam necessárias, é muito abrangente. Pausa

Eu acho que em termos de consentimento informado o papel não contribui para a humanização.

Se nós acharmos que o consentimento informado têm a ver com dizer, o explicar ao doente o que ele tem, que hipóteses de tratamento, todas as hipóteses que tem de recusar ou não recusar. Pausa

Pois tudo isto implica também recusa. Ou não recusar em relação à sua saúde, implicar o doente nos seus cuidados isso traz, leva à humanização.

No entanto, o consentimento informado que se está a praticar, o papel assinado, não traz humanização.

O Prof. do nosso serviço fez um documento para o consentimento informado e eram os enfermeiros que entregavam.

Claro que não o fizemos, nem sabíamos o que o médico tinha informado ao doente, nem muito menos no diagnóstico.

Negamo-nos a participar nisso!

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 56 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino:_____

♦ Idade: 46

♦ Categoria profissional: ENF. GRADUADA

♦ N.º de anos de experiência profissional? 23

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

Hum... é informar o doente daquilo que se vão fazer e ele dá ou não o consentimento informado do acto que vai ser intervencionado.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

O médico.

Tem que ser o médico. Em princípio é o médico.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

É assim. O enfermeiro pode apoiar a informação, mas tem que saber hum... Pausa

Essencialmente o que , que foi informado pelo médico.

Pode haver uma reunião em conjunto...hum... Pausa

Portanto... hum... depois deve ser apoiado, apoiando o doente posteriormente. Numa reunião do doente com o médico e também com o enfermeiro... hum... Pausa

O enfermeiro também pode participar depois ... hum... nelas... hum... depois posteriormente... hum ter sido informado pelo médico.

Pode haver no consentimento informado um grau de participação do enfermeiro mas tem que partir sempre do médico.

O enfermeiro pode colaborar depois entre o doente e o médico mas só depois de saber o que foi realmente informado.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Hum...hum... Pausa

Uma pessoa não deve... hum... Pausa

Não sabendo o que o médico lhe disse... hum.. Pausa

Deve apoiar sempre o doente.

Se o doente souber o que se passa e for correctamente informado não vai ser enganado.

Pausa

A gente apoia... hum.. Pausa

Agora o informar... hum... Pausa

Deve-se acompanhar os passos, que deve seguir, em relação ao tratamento feito, para ser correctamente feito.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Sim. Se o doente tiver bem esclarecido, se souber os procedimentos, os tratamentos a que vão ser sujeitos, vai ter que aguentar... hum... Pausa.

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 57 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino:_____

♦ Idade: 24

♦ Categoria profissional: ENF. NÍVEL 1

♦ N.º de anos de experiência profissional? 1

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

Para mim o consentimento informado é o direito que os doentes têm a saber e darem-nos o seu parecer, a consentirem ou não consentirem os seus tratamentos, de acordo com a sua situação.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

O médico.

Pode ser também o enfermeiro mas depende dos tratamentos. Acho que deve ser o médico que tem que lhe informar ao doente da sua situação, do que pretende fazer ao doente.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Na informação... hum... Pausa

Quando prestam cuidados aos doentes, quando fazemos certo tipo de tratamentos, devemos informá-los do que estamos a fazer.

Claro que por de trás o médico já terá informado, falado com eles.

Mas na altura quando estamos a administrar a terapêutica ou a prestar os nossos cuidados devemos mante-los ao corrente do que estamos a fazer para que nos dê a sua colaboração se não eles podem não nos dar.

Podem não querer o tratamento e nós temos de os informar.

Devemos sempre informá-los do que vamos, estamos a fazer.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Acho que muito depende da informação que o doente têm ou não da informação do que têm.

Depende do que os doentes sabem do que têm do que não têm.

A partir da informação clínica, essa informação nós não damos!

Não damos!

Essa parte não!

Mas em relação aos tratamentos sim! Em que pode beneficiar, mas nada que tenha a ver com a parte médica, com a situação clínica.

Em relação aos tratamentos, se tem alguma ferida isto em relação aos nossos cuidados.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Eu penso que sim.

Ao informarmos as pessoas e ao pedirmos o seu consentimento informado, estamos a humanizar.

Estamos a torná-los parte integrante daquele, seu tratamento.

E isto contribui para a humanização.

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 58 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino:_____

♦ Idade: 26

♦ Categoria profissional: ENF. NÍVEL 2

♦ N.º de anos de experiência profissional? 5

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

O consentimento informado para mim, acaba por ser explicar todos os malefícios e benefícios que vão fazer. Pausa

Devia ser antes da intervenção.

Tem um papel burocrático, antes da cirurgia, era o que se devia fazer.

Explicar os benefícios, malefícios e os procedimentos que se vão fazer.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

O médico, é um acto médico.

No entanto os enfermeiros podem esclarecer as dúvidas e despertá-los para eles falarem.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Acaba por ser... hum... pausa

Servir de suporte, o consentimento informado no seu verdadeiro sentido não existe.

Pausa

É ajudar a esclarecer e a estimular a comunicação.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Em termos de diagnóstico nunca podemos falar, só da parte de enfermagem, só quando o doente nos faz perguntas directas. Aí respondemos com outras palavras, mas não falamos em diagnóstico médico.

Procuro que o doente recorra a nós quando precisa, informá-lo do que nós lhes vamos fazer.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente

Sim. O doente se souber a intervenção, o que se vai seguir, quais os riscos, o que poderá minimizar, poderá ser melhor. Proporciona maior conforto, maior segurança, o doente sente-se mais seguro.

De momento o consentimento informado é um papel burocrático, que os doentes têm que assinar ou a família.

A população não está muito desperta para isso do consentimento informado, ficam acomodados à sua situação.

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 59 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 25

♦ Categoria profissional: ENF. NÍVEL 1

♦ N.º de anos de experiência profissional? 3

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

É saber tudo sobre a sua doença. É, é dar o consentimento para os actos médicos.

Pronto!

É estar informado.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

O médico.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Quem deve informar é o médico, ele é que deve informar, não é?

Deve saber as informações através do médico, o diagnóstico, tudo!

Nós não devemos informar, sem o médico ter informado.

Quanto, quanto ao consentimento informado é deles, dos médicos, não é para nós.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Nós geralmente não damos informações quando o diagnóstico é grave, é o médico e só ele é que informa.

Geralmente dizemos nada ao doente, o médico é que lhe explica, só naquelas situações que o doente quer falar nós ouvimo-lo.

Não somos nós que vamos abordar o doente sobre esse assunto.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Claro que sim, bastante.

Às vezes falta estes aspectos , o consentimento informado no nosso serviço!

Fala-se pouco com o doente.

Os doentes acabam por não saber na realidade o que se passa. È um bocadinho assim.

O consentimento informado é bom para o doente saber o que se passa com ele e saber que vai fazer os exames isto contribui para a humanização.

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 60 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 24

♦ Categoria profissional: ENF. NÍVEL 1

♦ N.º de anos de experiência profissional? 1

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

O que é para mim o consentimento informado? Oh! Meu Deus!. O que eu acho?

Eu acho que uma coisa é a teoria, a outra é a pratica, na prática acaba por perder. Porque os doentes na prática não sabem, o que vão fazer, o que são os exames.

Acho que devia haver, como explicar uma maior explicação ao doente.

A gente sabe o que é na teoria, mas depois em termos profissionais de saúde acho que as coisas perdem-se um pouco. Acho que o doente desde que seja consciente e orientado deve saber as coisas.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Acho que deve partir principalmente do médico, não é?

Acho que o médico é que deve explicar a maior parte das coisas, o prognóstico, o diagnóstico, a terapêutica, os recursos que vão ser utilizados para compreender e identificar melhor o diagnóstico.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

O enfermeiro no consentimento informado?

Eu acho que às vezes nós acabamos por dizer mais do que devíamos. Porque vimo-nos um pouco obrigados entre aspas, não é obrigatório, mas nós lidamos 24 h com o doente.

E ao vermos aquela preocupação do doente sentimo-nos na necessidade como prestadores de cuidados de o acalmar. E ao acalmar explicamos um pouco não fugindo muito à informação que compete aos médicos dizer, tentamos dizer ao doente olhe vai fazer este exame porque é necessário devido ao seu diagnóstico.

Dizemos as coisas de uma maneira mais subtil, não é?

E, e acabamos por não dizer as coisas, mas dizemos de maneira mais simples, mais fácil para que o doente possa compreender e não fique ansioso, que se colmate a ansiedade e que possa transmitir para que fique menos ansioso.

E tentamos por um pouco do outro lado da maneira como nós gostaríamos de nos sentir.

Acho que o papel, este papel deveria ser mais da parte médica.

Devia ser da parte médica a dizer o que não é dito, mas acaba por se dizer mais ou menos.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Qual é a informação que lhe dou?

A minha experiência não é muita, não é?

Eu sou nova e tenho a tendência de fazer o que aprendi na escola.

O que eu vou dizer, não tem a ver com isso. Mas por ex. em termos de terapêutica, as minhas colegas dizem, e eu vou fazer isto, vou fazer aquilo, ou faço aquilo... hum...
pausa

Eu aprendi na escola que só se administra o que está prescrito, mas pronto as minhas colegas mais velhas, já têm mais experiência, como hei-de explicar maior à vontade e maior autonomia e dão a terapêutica mesmo quer não está prescrita.

Em relação ao consentimento informado, eu não sou muito de dizer o que é que o doente têm. Digo da parte de enfermagem, se tiver um penso ou avaliação dos sinais vitais digo se está boa ou má.

Embora dizer mais, não digo nem com os familiares, não digo!

Nem com outros não digo!

Mas acho que se calhar tem que ser assim, não é?

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Eu acho que contribui. Acho que porque nós temos que perceber o que se passa, não é?

Nós todos temos os direitos a saber o que é que se passa connosco. O que nos vão fazer, qual é o diagnóstico, realmente o diagnóstico que temos.

E à família, desde que o doente dê autorização acho que deve saber.

Portanto acho muito importante e todas as pessoas têm o direito de saber.

Eu se fosse eu gostava de saber.

Acho que contribui, porque, porque ... hum... Pausa

Começa a aceitar a doença e tem que aprender a lidar com a doença, não é?

Nós tentamos proteger o doente, às vezes tentamos proteger a pessoa, tentamos não dizer, não queremos dizer o diagnóstico porque é mau, tentamos atenuar o maior e melhor, o máximo que se pode.

ENTREVISTAS

LOCAL: HOSPITAL PARTICULAR DE LISBOA

ENTREVISTAS

DOENTES

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 61 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 61

♦ Profissão: APOSENTADA SUPERIOR – FUNCIONÁRIA SUPERVISORA

♦ Escolaridade: 5º ANO DO LICEU

♦ Diagnóstico: Catarata bilateral

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Hum... Pausa

Eu acho muito bem.

Eu já não conseguia ver, tinha cataratas e a Dr. S explicou-me tudo e eu percebi o que tinha que fazer antes e depois da cirurgia.

Porque se não fosse operada perdia a vista.

2 - Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim.

E portanto foi assim.

Tudo explicadinho, de tal maneira que tive que esperar que o meu filho acabasse os exames para depois eu poder ser operada e ele me ajudar em casa.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim. Acho.

Porque todas as pessoas deviam saber antecipadamente o que tem, para depois poderem recuperar mais depressa, para que podesse ser operada e estarem melhor na vida.

Se não soubermos não podemos fazer nada.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O médico. O doutor.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Eu também participei, disse que podia-me operar.

A minha opinião é que depois de me explicarem, eu concordei e fui operada.

6 - Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Disse-me o Dr. T é que me disse que devia ser operada e me enviou para a Dr. S que me operou.

A Dr. S explicou-me o que ia fazer, porque se não o fizesse ficava cega.

7 - Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Acho que sim.

Acho que devem ser informados.

Porque se a pessoa tiver uma coisa má, um cancro deve ir a um sitio adequado, para realizar o seu tratamento da melhor forma possível, mas sabendo o que têm.

8 - Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim.

Porque os médicos têm que dizer tudo às claras e não às escondidas. Senão veja o meu caso não sei o que devo fazer quando for para casa.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Acho que sim que devem informar também, devem dar a informação.

Embora primeiro deva informar o médico, pois ele é que nos vai operar.

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 62 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 76

♦ Profissão: REFORMADA – SECRETÁRIA, TRADUTORA DE INGLÊS.

♦ Escolaridade: LICENCIATURA

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Acho que é essencial que se dê a informação completa aos doentes.

Não dizer nada, não deve ser!

Dar informação é necessário.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Hum... Pausa

Esta minha doença foi muito esquisita, até os médicos não sabiam o que eu tinha, começaram por me dar um leque de doenças que até não tinha, para depois se chegar à conclusão correcta.

Têm-me explicado o que eu tenho, é falta de oxigénio no sangue. Estava em casa e vim para a urgência para me informar o que eu tinha e pergunto sempre que tenho dúvidas ao médico.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim, muito, é essencial.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O médico, é claro!

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Olhe é conforme, vou dar-lhe um exemplo eu fiz uma mastectomia e perguntaram-me se queria tirar o peito, eu não gostava mas teve que ser.

É subjectivo, eu não posso dizer que não quero isto ou aquilo eu não sou médica.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Pelo médico.

Eu comecei em casa a ser tratada pelo telefone e depois um dia por minha iniciativa...

Hum... Pausa

O médico explicou-me mais ou menos o que me tinha sido afluído no hospital público, no público como sabe é tudo ao molho e fé em Deus!

Ou seja tive que vir para o privado para saber o que tinha.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Acho que depende do doente. Pausa

As pessoas não são todas iguais e depende da personalidade da pessoa em questão.

Pausa

Há pessoas que devido ao seu temperamento não se pode dizer nem fazer nada, isto é regra geral.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim. Para mim foi e é muito importante.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Aí também têm um papel bem grande.

Sobretudo no apoio e na informação, mas principalmente no apoio.

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 63 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 76

♦ Profissão: DONA DE CASA

♦ Escolaridade: INSTRUÇÃO PRIMÁRIA

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Acho bem.

Acho que fui bem informada, tanto com o médico da urgência, como na consulta.

Explicaram-me tudo!

A doença que tinha, tive a sorte de ter o meu médico na urgência e a minha Dr. A.P que é uma amiga sempre me explica tudo, com muita calma e fico sempre calma quando falo com ela, ela é muito carinhosa.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim. Explicou-me tudo

Eu sou diabética e também hipertensa e isto tudo causou-me um desequilíbrio... hum...Pausa

E eu já sabia, porque me tinham explicado que quando tivesse a hemorragia devia ir ao médico da urgência do hospital para ser tratada.

Quando vi o sangue fiquei em pânico e fui logo ao hospital, que é onde eu vou sempre.

E tive a sorte de encontrar os meus dois médicos, que me trataram e explicaram tudo.

Ele disse-me que tinha que ficar internada devido á diabetes e à hipertensão para ser vigiada e medicada.

A diabetes desceu logo e a hipertensão também desceu. Pausa

Ele disse que eu estava na iminência de ter um enfarte da maneira que tive que fazer exames e explicaram-me porque os devia fazer.

Tenho sido muito bem tratada pelos meus médicos e pelas enfermeiras.

Tenho sido muito bem tratada, acarinhada, mas estou desejosa de ir para casa.

Só tenho a dizer tudo de bom.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Acho que sim.

O doente tem todo o direito de ser informado.

Para evitar cometer disparates pela segunda vez.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O médico, o nosso médico.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Não sei se tenho preparação para isso, é melhor não!

Eu acho que é preciso conhecer bem a medicina para ter as respostas acertadas, não acha?

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Pessoalmente, como já lhe expliquei.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Acho que devem ser preparados para depois poderem receber a informação.

Acho que deve saber, devem ser preparados para depois receber a informação do que se passa.

9 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim, quero e tenho.

Porque eles me explicam, o que devo fazer quando for para casa.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Acho que os enfermeiros devem estar informados sobre o que se passa com os doentes.

Mas quem deve informar os doentes e o consentimento informados são os médicos.

E depois o medico deve informar a enfermeira do que o doente têm para depois poderem lidar com o doente. Pausa

É essa a função da enfermeira, na minha opinião!

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 64 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino: X

♦ Idade: 85

♦ Profissão: ENGENHEIRO

♦ Escolaridade: LICENCIATURA

♦ Diagnóstico: Neo da bexiga

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

É muito bom .

É muito importante a informação, mas a medicina está muito mecanizada, os médicos esquecem-se da ideia... hum... Pausa

Os médicos deviam acompanhar os doentes, os doentes estão debilitados.

Acompanhar a nível psicológico os doentes e não informar ou dizer o que eles tem de uma forma mecânica.

Os médicos não têm essa característica humana, ao meu ver.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Em generalidade sim.

Sim explicaram-me, mas os médicos são muito apressados, despejam a informação, mas não acompanham o doente, tanto como deveriam, ao meu ver acompanhar.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Acho que sim.

Indispensável saber o que se passa connosco, mas temos que ser acompanhados pelo médico na esperança de que as coisas vão evoluir.

Senão eu sinto-me desamparado, olhe tem isto e aquilo e depois fico desamparado, é um pouco isto!

É a época moderna!

Os médicos hoje em dia são mais materialistas, mecanizados... hum... Pausa

A minha geração vai desaparecer, os amigos da minha época tenho poucos ou quase nenhuns, cada vez vou tendo menos amigos. Desculpe!

4- Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O médico.

O médico, é a minha tábuia de salvação, a pessoa a que eu estou agarrado para resolver, para saber o que eu tenho e o que devo fazer.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Não.

Não gostaria.

Mas não sou contra, mas não percebo da medicina para participar.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Oh! Minha Senhora!

A informação da minha doença começou por mim, julgava que fosse uma pedra no rim, mas chegamos à conclusão eu e o médico que era uma ciática.

Ele não podia dizer nada, o médico, bem visto... hum... porque também não sabia o que eu tinha.

Quando foi detectado, fiz este e aquele exame e foi aí que se percebeu.

Mas não chegou e disse agora é isto, não, mas também não sabia. Está a perceber?

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Isso é um caso muito complexo minha senhora. Pausa

Depende da pessoa, é muito complexo, é muito, muito, muito complexo!

Depende da pessoa.

Para uma pessoa que tenha... hum... pode ser um descalabro.

Ao meu ver não se pode dizer é A ou B, o médico, se for um médico que conheça, que sinta o doente, ele é que sabe, ele é que sabe se deve ou não dizer. Como deve dizer e a quem deve dizer.

Ele é que sabe.

Mas se for o médico a dizer toma lá dá cá, não pode ser assim!

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim, pois.

Sim como já lhe disse, explicou-me e saiu!

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Os enfermeiros... hum... Pausa

Quem deve informar é o médico, o enfermeiro é um braço do médico, para resolver os problemas.

Quem deve informar o doente é o médico e não o enfermeiro.

O enfermeiro deve ter, mas não tem também o habito de acompanhar o doente, está também muito mecanizado.

Quem diz o enfermeiro diz as empregadas, entregam um tabuleiro, nem bom dia dizem e vão-se embora!

É uma falta de nível, de nível!

É como dar de comer a um cão, depende não é?

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 65 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino: X

♦ Idade: 39

♦ Profissão: ASSISTENTE DE ESPECTÁCULOS

♦ Escolaridade: 9 ANO DE ESCOLARIDADE.

♦ Diagnóstico: Neo do pulmão

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Hum ... é assim!

Até agora tenho pouca a noção do que é que eu tenho. Sei que tenho uma infeção respiratória e pouco mais.

E não sei mais do que se passa.

Em termos da equipa médica transmitida ao doente o que se passa comigo é nula!

É a minha opinião.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Não!

Como lhe disse não sei o que tenho, ninguém me informou de nada.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim.

Mas não me informaram.

Aguardo que falem comigo.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O médico.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Eu acho que seria importante participar, se concordamos ou não com a decisão médica.

Mas pelo menos falar com os doentes e esclarecer as dúvidas para mim já era importante.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Não me foi nada transmitido, não sei o que se passa.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Eu pessoalmente acho que sim.

Porque se me acontece a mim, gostaria de ser o primeiro a saber. Que assim ajudaria além de tudo e também a família deve saber.

Mas o doente deve saber, deve ser o primeiro a saber.

Vai custar muito de certeza e não sei se a família saberá lidar com isso.

Mas é importante o doente saber o que tem.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim, claro!

É importante que eu saiba o que se passa, que seja informado.

Coisa que até agora não fui.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Isso é um bocado subjectivo.

Se os enfermeiros em principio estão aptos para isso, devem participar também ao doente.

Pelo menos ajudar o doente perceber o que o doente têm. Pelo menos passa por aí!

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 66 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 72

♦ Profissão: DOMÉSTICA

♦ Escolaridade: INSTRUÇÃO PRIMÁRIA

♦ Diagnóstico: Neo do colon

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Os doentes devem estar informados do que têm.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Ajudou-me porque me foi explicada a medicação para ficar boa.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim. Eu acho que sim.

Antigamente era escondido tudo, hoje é explicado tudo ao doente.

Não somos enganados.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O médico.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Sim.

Se eu perceber o que me vão fazer posso dar a minha opinião, mas os médicos não me perguntam.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Fui de médico em médico a fazer análises durante dois anos. Comecei a ficar com uma cor amarela e tinha um tumor.

A informação técnica não me foi dada. Estou á espera que me digam o que vou fazer e o que já fiz.

Não foi. Nunca me foi explicado

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Sim. Acho que sim.

Porque nós gostamos de saber sempre, ajuda na doença.

E é importante sabermos o que temos.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim.

Quero, não quero passar mais dois anos sem saber o que tenho. Quero saber para ficar boa e ir para casa.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Acho que sim.

Que devem informar, que devem-nos ajudar a explicar o que o médico diz.

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 67 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 71

♦ Profissão: REFORMADO. GERENTE DE UMA FIRMA DE TEXTÉIS.

♦ Escolaridade: LICEU

♦ Diagnóstico: Tumor do ovário.

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

É muito importante.

Porque acho que é importante toda a pessoa saber as doenças que têm. Pausa.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Por enquanto ainda não se sabe.

Só vou saber depois do TAC. Pausa

Portanto ainda não sei muito bem o que tenho e o que vou fazer.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Acho, acho muito útil.

Mas como lhe disse ainda não sei o que tenho.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O médico, claro!

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Às vezes dou a minha opinião, mas não me meto nos assuntos médicos.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Não foi. Estou à espera.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Devem ser informados.

Todas as pessoas tem o direito de saber, como há-de de continuar a sua vida, o resto da vida que lhe falta viver.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim, mas não tenho.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Não.

Desde o momento que o médico diga o que se passa... hum... Pausa

Participar ... hum... com os cuidados, com os cuidados, somente!

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 68 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino:_____

♦ Idade: 89

♦ Profissão: DOMESTICA

♦ Escolaridade: 4ª CLASSE

♦ Diagnostico: Neo da laringe

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

O que eu hei-de dizer?

Eu acho que a pessoa devia ser informada, mas eles só informam... hum... só falam com a minha filha.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Não, em nada.

Eu estou muito mal da garganta, já fiz vários exames, mas não me dizem nada do que eu tenho.

Há três anos que até me custa a engolir o comprimido.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Eu acho que sim, que o doente precisa de saber , não é?

A Sr. Dr. E estive aqui e estive a falar com as minhas filhas aqui à minha frente.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Eu acho que é a médica, não é?

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Não sei se aceito a decisão deles, não sei se aceito, minha senhora, o que os médicos me poderão querer vir a fazer.

O meu marido era da CGD, gostava muito dos médicos dele, tudo bem!

Mas agora é diferente.

Não estou a dizer que os médicos não prestam, mas não sei.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Não foi!

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Não sei se será bom as pessoas saberem isso. Pausa

Sabe a família e o doente não... hum... Pausa

Às vezes é melhor não saber.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim. Queria ter, mas não tenho.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Acho que é evidente que sim. Têm que o fazer, é a vida delas, têm um curso.

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 69 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino: X

♦ Idade: 42

♦ Profissão: ENGENHEIRO

♦ Escolaridade: LICENCIATURA

♦ Diagnóstico: Adenoma da próstata

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Acho que bastante.

Eu fui informado do que tinha e por isso aceitei ser internado.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim, sim.

Mas não percebi tudo, alguma coisa. Pausa

Bom neste momento estou esclarecido.

Há termos que os médicos usam e que eu não percebo.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Acho bastante.

Porque as pessoas devem saber o que tem, para organizar a sua vida.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Na altura em que se está doente toda a informação é boa, sempre boa.

Na escala hierárquica deve ser primeiro o médico, penso eu.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Não tenho muita a certeza disso.

Se tivesse habilitado acho que sim, mas como não tenho conhecimentos, tenho que me entregar nas mãos do médico que está a fazer, a tratar-me.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Foi, prá já foi... hum... Pausa

No fim, digamos assim.

O médico passou no fim do dia no quarto, disse-me a que me tinha operado.

Mas já tinha falado anteriormente com a minha mulher., foi assim.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Acho que sim, porque, porque.... hum... pausa

Porque trata-se da saúde das pessoas e as pessoas têm consciência, que ter a consciência se é grave ou não a situação que têm, para organizar a sua vida.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim.

Aquela que me foi perceptível, aquela que me foi transmitida oralmente.

Agora papeis e termos técnicos não.

Mas tenho os exames comigo, mas é a mesma coisa não percebo nada.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Acho que sim.

Acho que podem informar e esclarecer-nos.

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 70 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino: X

♦ Idade: 72

♦ Profissão: REFORMADO. TÉCNICO DE TRIBUNAL.

♦ Escolaridade: LICEU

♦ Diagnóstico: Hérnia Discal

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Sim, acho que é muito importante.

Eu gosto ao contrário da minha mulher, gosto de saber o que tenho e dizer o que acho, se aceito ou não.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Tirou com certeza. Fui informado de tudo quanto eu quis saber.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim, foi muito útil para mim. Gosto de saber o que tenho, o que se passa, gosto de ter essa informação.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O médico, não é?

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Sim.

Porque, porque... hum.. Pausa

Gosto de saber e gosto de participar, de dizer se concordo ou não.

Neste caso concordei, mas antes explicaram-me.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

A doença apareceu-me. Foi uma hérnia discal, fui ter com o médico e ele examinou-me e disse-me que a única solução era operar.

E mostrou-me o que eu tinha no TAC e que a única solução era operar.

E eu entreguei-me nas mãos dele. Pausa

E ele dá-me uma assistência fabulosa, vem cá duas vezes por dia, ele é fantástico!

E vai-me explicando tudo.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Eu acho que devem ter.

Eu acho que devem ter, porque não podemos andar enganados

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Quero e tive!

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

É assim!

Quando estamos a fazer os tratamentos, depois do médico, acho que sim.

Os enfermeiros seguem à risca o que o médico lhes disse, a instrução que lhes são dadas.

Podem eventualmente dizer alguma coisa, acho que é importante, nos explicarem o que estão a fazer.

E eu pergunto porque tomo isto?

E eles explicam.

Eu sei que se me estão a dar é porque tem que ser dada, mas eu pergunto sempre eles está claro dizem-me.

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 71 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino: X

♦ Idade: 53

♦ Profissão: CONTABILISTA

♦ Escolaridade: BACHARELATO

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

É muito importante saber e conhecer como se vai desenrolar a doença.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim, em tudo mas sobretudo ajudou-me na medicação que estou e que vou ter que tomar.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim, acho muito útil. Para sabermos o que devemos fazer e o que temos.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Os enfermeiros e os médicos.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Em que aspecto na operação?

Se for na operação eu não tenho conhecimentos para dizer nada.

De resto devo participar, se concordo ou não com a operação ou se quero ser operado.

Mas isto tem a ver com a informação e a explicação que o médico nos dá.

Você se não for operado tem x riscos e tem Y percentagem de ficar bom, não é?

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Foi explicada pelo médico, depois dos exames que fiz explicou-me como já lhe disse que deveria ser operado, para ficar bem.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Acho que devem saber, não devem andar iludidos.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim, tive toda a informação que quis ter.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Acho que sim.

Hoje em dia os enfermeiros têm qualificações para também saberem o que estão a fazer.

Portanto devem informar e participar nesse como se diz consentimento informado.

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 12 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino: X

♦ Idade: 40

♦ Profissão: TÉCNICO DE TV

♦ Escolaridade: BACHAREL – CURSO TÉCNICO

♦ Diagnóstico: Histerectomia

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Para mim foi muito importante entender a minha doença.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim.

Foi uma reintervenção e para mim foi imprescindível saber o que eu tinha. Pausa

Nem sei como seria se fosse doutro modo.

Foi muito importante saber o que se passa.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim, muito útil.

Como já lhe disse para mim foi muito importante saber o que eu tenho ou tinha e saber como as coisas vão decorrer.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O médico.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Não!

Gostaria de ter o que eu tenho, que é a autonomia para optar.

Depois de ter a informação ter a autonomia para optar, para dizer sim ou não.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Em termos genéricos.

Explicaram-me tudo o que iam fazer, também o médico anestesista me explicou.

Portanto não houve nenhuma surpresa.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Sim. Acho que sim.

Já tive alguns casos graves na família, não terminais e li sempre todos os relatórios dos médicos.

Posso não perceber, mas tento perceber o que se passa comigo.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim. E tive como já lhe disse toda a informação.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Eu acho que sim.

Fazem parte da cadeia das pessoas que depois devem informar os doentes.

Estão presentes no nosso antes e depois. Pausa

Mas se o médico já informou o enfermeiro, não precisa de duplicar a informação, não é?

Mas se eu tiver uma dúvida enfermeiro pode participar a esse nível.

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 73 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino:_____

♦ Idade: 41

♦ Profissão: ASSISTENTE DE CONSULTÓRIO

♦ Escolaridade: LICEU

♦ Diagnóstico: Neo da mama

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Acho que é importante as pessoas estarem informadas do que têm.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Mais ou menos.

Tirou-me mais ou menos as dúvidas. Pausa

Corri de médico para médico até quer alguém me ajudasse, me desse resposta ao meu problema.

E essa resposta ainda não sei.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim. Acho que deve ser importante, mas ainda não sei o que tenho.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O médico e também o enfermeiro.

Para sabermos como irá ou vai correr.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Eu confio nos médicos. Eu concordo inteiramente na decisão dos médicos. Pausa

Eles é que sabem e eu não me meto.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Não foi, foi pouco.

Foi de uma forma muito vaga, não percebi muito bem.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Acho que devem ter.

Porque o próprio doente deve saber do seu estado, do que tem, para saber como deveria actuar.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim, mas não tenho, não tive informação!

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Acho que sim.

Que devem participar assim como os médicos.

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 14 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino: X

♦ Idade: 29

♦ Profissão: BANCÁRIO

♦ Escolaridade: LICENCIATURA E UMA PÓS GRADUAÇÃO.

♦ Diagnóstico: Astroscopia do joelho

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Eu acho importante ter a informação.

Mas eu não quero ser operado!

E não sei muito bem o que me vão fazer.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Tenho aqui os exames, mas não considero que sei o que me está acontecer.

Não estou muito bem esclarecido.

Estou a ficar nervoso e confuso.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Acho útil, mas não fui informado.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Penso que terá que ser o médico.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

O médico explicou-me. Mas como eu já lhe disse e vou continuar a repetir não quero ser operado.

Ele pôs as carta na mesa e eu optei não quero ser operado.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Explicou-me com os exames, mas eu não quero ser operado.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Acho que sim.

Mas há formas de dizer as coisas.

Depende muito do doente e não se quiser saber?

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim, sei tudo.

Sei alguma coisa, mas não muita, não consigo perceber muito bem o que o médico me diz.

Mas posso estar nervoso.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Eu penso que eles devem.

Mas toda essa informação deve estar centralizada, alguém tem que ser responsável máximo, e terá que ser o médico.

Eu acho que o médico, não é que tenha uma relação muito próxima com o doente, mas tem essa obrigação esse dever.

Guião da entrevista – DOENTES

Entrevista N.º 75 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 56

♦ Profissão: TÉCNICO OFICIAL DE CONTAS.

♦ Escolaridade: BACHAREL

♦ Diagnóstico: Nefrectomia

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Eu acho que é importante, eu acho que sim, é importante o doente estar informado.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim, claro que ajudou.

Ajudou muito, foi muito importante.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim, muito útil.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

As enfermeiras e os médicos. Pausa

Mas sobretudo os médicos.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Isso depende se nós confiamos ou não no médico e eu confio no médico.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Na consulta disse-me o que tinha e que tinha que ser operada e como lhe disse eu confio no médico e entreguei-me a ele.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Sim.

É assim, a família muitas vezes quer interferir porque acha que sabe o que é melhor para nós, e eu não sou nada dessa opinião.

Dá-nos uma certa força sabermos o que temos, até para poderem ajudar-nos.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim, claro que sim!

Fui informada pelo meu médico.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Claro que é muito importante.

Nós contactamos mais com os enfermeiros do que com os médicos.

ENTREVISTAS

FAMÍLIAS

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 76 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 43

♦ Profissão: BANCÁRIA

♦ Grau de parentesco: ESPOSA

♦ Escolaridade: LICENCIATURA EM ECONOMIA

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

O significado do consentimento informado?

No fundo é dar conhecimento ao doente de toda a sua situação...hum.. Pausa.

Eu acho que a partida deve ser dada, embora numa situação grave, deva-se falar com algum familiar... hum... familiar, a mulher, para saber até que ponto é possível hum.... o doente tem, se for uma doença muito grave tem capacidade para reagir, não é?

Para reagir à doença.

Bom, mas eu acho que as pessoas têm o direito a saber o que têm, mas evidentemente que há doentes que podem ter uma reacção muito negativa. E para isso têm, devem ser preparados para isso.

2- Ajudou-o a entender a doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Há sim, sim.

Fui esclarecida, acho útil. Porque, porque não ter dúvidas, para saber o que devo contar e como posso reagir.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim, acho que foi muito importante para mim e para o meu marido, pelo que disse anteriormente, sei o que devo fazer e com o que conto.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Acho que é o médico que assiste o doente.

É o médico que o deve fazer e que deve explicar quando tiver a alta.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Na decisão médica?

Bom, eu acho quando o médico deve informar os prós e os contra.

Porque há casos em que determinada operação em que poderá haver prós e contras e que ... hum... Pausa.

E que as pessoas devem estar esclarecidas, o que lhes pode acontecer.

Eu acho que se houver alguma coisa e mesmo não estar confiante ou até mesmo querer ouvir uma segunda opinião deve pegar nos exames e ouvir uma segunda opinião.

Eu acho que o médico, o médico, hum... Pausa

Nós confiamos no médico e ele é que é a pessoa mais adequada para resolver a situação.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da doença?

Em primeiro lugar foi transmitida primeiro pelo meu marido e depois falei com o médico e fui logo informada deu-me conhecimento de tudo o que se passava e deu-me espaço para colocar dúvidas.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Hum, bom.

A minha opinião, eu acho que no caso do cancro ou qualquer coisa desse género o médico deve tentar falar com a família, para ter a noção de como o doente reagiria.

Acho que o médico deve partilhar alguma informação para saber como o doente pode reagir, porque há coisas onde o doente é mais sensível.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da doença?

Sim, porque me facilita em tudo, o que deve e como melhor o posso ajudar.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Eu acho que devem participar mas com cautela.

Po ex. o meu marido teve febre, o enfermeiro tem que ter o bom senso para não aumentar a preocupação do doente e não lhe devia ter dito da febre, ele ficou muito ansioso.

Mas não sei. Talvez esta informação talvez devesse estar mais do lado do médico e não do enfermeiro.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 77 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 82

♦ Profissão: REFORMADA. PREPARADORA DE ANÁLISES

♦ Grau de parentesco: IRMÃ

♦ Escolaridade: CURSO COMERCIAL

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Acho estupendo. Acho bem.

A pessoa não deve viver na ignorância, acho que deve ser informada, porque é como diz aqui a minha amiga, depois de informada já se sabe quais os cuidados que se deverá ter, e o que lhes pode suceder.

Acho que sim.

Acho que é inevitável.

2- Ajudou-o a entender a doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Acho que sim. Sabe-se o que aconteceu e o que se deve fazer, é fundamental.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Muito. Utilíssima.

Falo até por mim própria, gosto de estar informada para saber depois o que devo e posso fazer.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Bem. Acho que deve ser o médico, o médico é a pessoa que nos pode informar, é um sacerdócio.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Não.

Acho que isso está entregue ao médico e que nós damos autorização a quem nos está a tratar, a salvar é ele quem decide.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da doença?

Sim.

A esse ponto técnico não sei muito, melhor ainda não sei ou melhor ainda não percebi.

Mas sei que está muito bem encaminhada.

Está a melhorar, mas não estou muito a par.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Acho que sim. Pausa

Acho que sim.

Para estarmos muito atentos, não fazermos disparates.

Para não termos uma recaída e para não termos uma coisa inesperada.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da doença?

Acho que sim.

Acho que sim, é muito importante, para combatermos a doença e ajudar-mos os nossos familiares.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Eu acho que sim.

Acho que o enfermeiro estando também a par da situação, sabendo, estando a par da doença é também um conselheiro para o doente.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 78 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino: X

♦ Idade: 73

♦ Profissão: PEDREIRO

♦ Grau de parentesco: MARIDO

♦ Escolaridade: 4ª CLASSE

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Eu acho que se deve saber, deve ter a informação.

Eu acho que a gente tem que saber.

Senão como é que as pessoas, a família ajuda os nossos doentes.

Tem que se saber.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim.

Foi bom para mim.

Porque fiquei a saber qual era o problema dela.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Bom, foi útil a gente saber. Embora fosse melhor não ter sabido, porque é mau, o caso aconteceu assim, o que é que se pode fazer?

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O médico é que tem conhecimento, é que nos pode informar.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Consentir acho que sim.

Se fosse o caso de ser operada e ficar melhor acho que sim.

Agora não tenho conhecimentos para mais.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Foi o médico quando a viu, descobriu a doença da minha mulher.

Chamou-me e disse-me qual era o problema dela, que ela tinha.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Os doentes devem ter informação, porque também devem saber o que vão padecer, qual é a sua doença.

Como vão reagir aos tratamentos, tudo o que se vai passar, é melhor para nós e para eles.

E também assim podemos ajudar, de outra forma não.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim e sei.

Tem-se confirmado tudo o que a minha mulher tem.

E tem-nos dito tudo, à medida que vamos fazendo os tratamentos.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Sim. O enfermeiro... hum... Pausa

Tem que saber o que estão a fazer.

E também pode participar e ajudar-nos.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 79 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino: X

♦ Idade: 81

♦ Profissão: REFORMADO. FISCAL DA MARINHA

♦ Grau de parentesco: MARIDO

♦ Escolaridade: LICEU

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Eu acho bem.

Mas regra geral a informação é um pouco escassa, é genérica, é de qualquer lado para qualquer doença.

È chapa um. Pausa

É escassa.

E deve haver razões para fazerem isso para não alarmarem os doentes.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Foi escassa e não tive até agora.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim, sem dúvida, é muito conveniente e ajuda-nos, dá-nos calma, que é aquilo que eu não tenho.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Em principio o médico, não é verdade?

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Não!

Porque é muito técnico e acho que devem ser os médicos.

A não ser, ser um caso de vida ou de morte.

É uma decisão técnica portanto, o técnico é quem deve decidir.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Não foi.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Acho que sim.

Por uma questão de avaliação justa da situação.

Para sabermos o que devo fazer.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim, mas não tive até agora.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Os enfermeiros devem complementar a informação dada pelos médicos.

Acho que sim.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 80 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 41

♦ Profissão: SECRETÁRIA

♦ Grau de parentesco: ESPOSA

♦ Escolaridade: LICENCIATURA

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Acho que devemos estar, estarmos completamente informados com o que se passa com o doente.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim, esclareceu o que se passava, o que ele tinha e o que tinha que fazer.

Acho que sim.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Muito útil.

Porque ajuda-nos a saber e a entender o que se passa.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Como o meu marido, já lhe disse... hum... Pausa

O médico, o enfermeiro, altura quem estiver.

Na altura a nossa aflição é tão grande que tanto nos faz que seja o médico ou o enfermeiro .

Quem estiver na altura mais disponível, mais habilitado para informar.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

É como eu digo. Pausa

Nós devemos estar a par dessa decisão hum... Pausa

Agora não estando habilitados para ela, acho que não devemos.

Devemos saber o que nos vão fazer, o que se está a passar e que decisão é que vão tomar.

Mas podemos decidir se esta é a decisão certa ou adequada? Não!

Aí terão que ser os médicos e os enfermeiros a ajudarem-nos, não é?

Não podemos ser nós a decidir porque não estamos habilitados para isso, não é?

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Foi de uma forma clara.

O médico explicou aquilo que ele tinha e o que ele tinha e o que lhe ia fazer.

Explicou quais os riscos que estava a correr de uma forma clara.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Acho que sim.

Acho que sim. Acho que sim.

Se fosse no meu caso eu gostaria de saber, a pessoa deve ter consciência daquilo que tem, não deve estar enganada.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim. É importante e foi o que aconteceu no decorrer da doença do meu marido.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Acho que sim.

Que sim, que é importante.

O enfermeiro pode e deve dar informação em conjunto com o médico.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 81 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 67

♦ Profissão: REFORMADA – EMP^a ESCRITÓRIO

♦ Grau de parentesco: ESPOSA

♦ Escolaridade: 9º ANO.

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Sim, exactamente.

Sim é importante se é a primeira vez que vai para o hospital, fica a conhecer as normas, a doença, a forma como é tratado.

Isto tudo é importante.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim, exactamente.

Entendi e foi-me explicado a doença do meu marido, não só a mim como a ele.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Muito útil.

Para sabermos o que se passa, de forma a colaborar da melhor forma.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Talvez a enfermeira e a médica.

O médico de uma maneira e a enfermeira de outra.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Não.

Acho que quem decide é o médico, ele é que sabe e nós não.

Eu não tenho conhecimentos de medicina.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Soube através do meu marido.

Não estiva cá no primeiro dia e soube quando recuperou.

Foi-me dito tudo antes pelo meu marido e depois pelo médico que o viu.

Que esclareceu o que ele tinha, o que se tinha que fazer, já estava inteiramente dentro do assunto.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Depende da maneira de ser da pessoa, eu acho que no meu caso eu morria, preferia que me escondessem..

No entanto acho que as pessoas deviam e devem saber e ter a coragem para enfrentar o problema.

Mas eu não sou corajosa.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim. Sim e tive toda a informação até agora.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Eu acho que sim.

Porque até se houver alguma coisa que não esteja tão bem através da enfermagem, pode-se melhorar.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 82 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 38

♦ Profissão: ADVOGADA

♦ Grau de parentesco: ESPOSA

♦ Escolaridade: LICENCIATURA

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

É importante.

Acho que a família deve ser informada de tudo o que se passa, de todas as condições, do que vai decorrer, mais a família até do que o próprio doente.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

No meu caso em particular, no caso do meu marido é um caso ao contrário.

Eu já sabia o que o meu marido tinha e vim à consulta do Dr. L, para fazer a cirurgia.

Eu já tinha esclarecido o meu marido. Pausa

Eu também tinha sido operada, coloquei uma banda, perguntei o que achava ao Dr L e fui informada de tudo o que me ia acontecer.

O meu marido surge além do médico em primeiro lugar por mim.

Fui eu que o instiguei a fazer esta cirurgia.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Acho útil. Muito útil.

Para o doente dizer se quer ou não cirurgia.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O médico, sem dúvida.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Dentro do meu conhecimento.

Porque da parte técnica, nunca estaria habilitada para tal decisão.

Mas o que querem fazer e quando o querem fazer sou eu que decido!

Como decidi esta cirurgia para mim, primeiro e depois para o meu marido.

No meu caso em concreto eu decidi.

Nos casos de vida ou de morte, que se lixe!

O médico se decidir o que vai fazer que o faça!

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da doença?

No meu caso foi pela Internet, conhecimentos, pelos amigos, por livros.

O médico foi o último recurso, quando fui ao médico já sabia o que queria, portanto foi por amigos, foi por aí.

Quando cheguei ao médico, disse eu quero a banda!

E com o meu marido, foi igual fui eu que decide e ele, claro está!

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Os familiares mais próximos que saibam. Pausa

Eu no meu caso em particular, gostaria que me fizessem um rasteio do que me poderiam dizer, porque acho que o optimismo é a coisa mais importante para os doentes.

É um passo para a cura.

Eu no meu caso em particular se soubesse que tinha um cancro, não queria saber, acho que não preferia não saber.

Eu tenho um caso muito chegado do meu avô e acho que chegamos á conclusão mais certa, que foi não lhe dizermos nada. Pausa

E ao não saber foi bom para ele e nós optamos porque ele tinha 86 anos.

Não valia a pena ser sujeito à crueldade da quimioterapia, não valia a pena!

E fez a viagem da vida dele e achava que estava bem.

Se calhar em vez de ter vivido 3 ou 4 anos, só viveu 2, mas foi uma opção nossa.

Acho que foi um ganho para ele.

Os familiares directos que vivem e estão com ele e o conhecem melhor do que ninguém, eles é que sabem.

Acho que eles é que devem filtrar se se deve ou não ser dada a informação ao doente.

Ou quando, ou quando é o momento oportuno, ou como deve ser dito.

Acho que a crueldade.... hum... Pausa

Acho que não é crueldade, mas o formalismo do médico dizer você tem tal, pode ser para ele um mal, e fica cada vez pior.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim claro!

Mas como já lhe disse nós soubemos.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Eu acho que nas cirurgias é fundamental os enfermeiros informarem o doente do que vai acontecer antes, e do que vai ser o depois.

De informar os familiares, informar... hum... pausa

No fundo dar a conhecer ao doente que o que lhe está a acontecer é normal. Pausa

No caso do meu marido. Pausa

Não sabia que após tomar a pré medicação é normal adormecer e eu fiquei logo preocupada.

E fui à enfermeira perguntar se era normal o que se estava a passar.

Aqui esta um exemplo do que deverá ser o papel do enfermeiro.

Vai acontecer isto e daqui a bocado isto. E isto dá calma.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 83 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino: X

♦ Idade: 80

♦ Profissão: REFORMADO. OFICIAL DA MARINHA

♦ Grau de parentesco: PAI

♦ Escolaridade. LICEU

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Claro que é fundamental ter a informação para ajudar a minha família, o meu filho.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim, sim.

Todas, mas sobretudo em relação à alta do meu filho.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim, sim.

Muito útil, ajuda-nos. Pausa

A nós e ao doente a saber o que devemos fazer.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Bem, eu acho que é o médico.

Neste caso concreto é o cirurgião que vê o que deve fazer.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Não.

O médico é que deve e sabe o que está a fazer, eu não sei, não tenho como assim dizer conhecimentos, não sei nada de medicina.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Não sabia previamente, não sabia.

Sabia previamente que ia ser operado e a que... hum.... Pausa

A um menisco, mas exactamente o que ia fazer não sabia.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Hum... bem Pausa

Na minha opinião sim. Porque a pessoa deve saber o estado em que se encontra.

Acho que não deve ser ocultado, esta é a minha opinião.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim. Claro e tive aquela que me foi fornecida.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Com certeza.

Na minha opinião é um trabalho de equipa, portanto têm que participar em conjunto com o médico.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 84 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 74

♦ Profissão: COMERCIANTE

♦ Grau de parentesco: ESPOSA

♦ Escolaridade: LICENCIATURA

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Acho muito importante toda a informação que se dá ao doente.

Bom, mas também acho agora que não se vai dizer ao doente:

« Olhe agora vai ser operado, se correr bem não morre, se não correr bem morre! »

Não se vai, vai dar uma informação dessas.

Mas deve-se dar a informação dentro dos limites e do razoável.

Por ex. o meu marido já estava aqui nuns nervos, porque nunca mais o iam operar.

E muitas vezes a ansiedade, os nervos dos doentes tem a ver com a falta de informação.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Eu acho que sim.

Ele já era doente do Dr. G, já tinha sido atendido duas vezes e era seguido devido às hemorragias nasais.

Até que o médico achou que seria melhor operá-lo, para acabar com este sofrimento constante.

A hemorragia era constante, não parava de acontecer, já era a sexta hemorragia, e portanto estava a lavar os dentes e iniciava de novo a hemorragia.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim acho. Eu acho.

Desde que não seja de uma forma bruta.

Eu acho que as pessoas sabem, claro que sabem... hum... Pausa

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Tem que ser o médico.

O médico que nós tivermos confiança.

O médico de família, o médico assistente. No caso do meu marido o médico especialista.

Tem que ser o especialista, o médico que o trate do problema específico.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Eu isso, tenho dúvidas, não sei, não sei

Há coisas que não percebo e não me meto.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Foi transmitida pela primeira vez pelo meu marido, que falou com o médico e depois pelo cardiologista.

Porque está tudo relacionado com os medicamentos que está a tomar.

Acho que o Dr. D mudou toda a medicação e nos explicou e conversou connosco.

Bom, mas o que me explicou é que iam fazer uma operação para evitar sangrar do nariz.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Olhe eu acho grave os doentes saberem. Pausa

Mas por outro lado acho que ele não se deve ocultar, porque pode haver ou trazer problemas para o doente, só pelo facto de desconhecer, não saber o que tem.

Sim, mas acho que devem saber com calma.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim, claro. Pausa

E nós temos sabido como já disse. Pausa

Mas ficamos com o coração pequeno. Penso no caso e assusto-me, o que, que hei-de fazer?

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Depende muito da enfermeira que fala e diz. Pausa

Deve informar, mas o mínimo dos mínimos, o que vão fazer, por ex. a tensão.

Mas também muita gente a falar às vezes é pior. Isto é complicado!

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 85 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino: X

♦ Idade: 40

♦ Profissão: MÚSICO

♦ Grau de parentesco: FILHO

♦ Escolaridade: LICEU

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Acho que é importante.

Acho que não só é importante para o doente estar a par, como também para a família, os parentes mais próximos.

É bastante importante.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim, sim.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Acho útil.

Para o próprio doente poder organizar a sua vida, saber até onde pode ir, o que pode ou não fazer.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Eu acho que deve ser o médico assistente. O médico mais próximo do doente.

Embora se houver neste caso que se trata de uma especialidade, além do médico assistente, o médico, o médico especialista.

Acho que se deve informar.

Isso se houver oportunidade, não se ia deslocar de propósito.

No meu caso eu fui ao consultório falar com o médico especialista, para ter informação.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Bom, eu acho isso uma pergunta complicada, depende hum... Pausa

Depende muito da situação. Pausa

Depende muito da situação. Pausa

Em casos, no caso específico do meu pai, a minha mãe pode participar, disse sim à intervenção cirúrgica.

Os médicos deram a informação, disseram que era melhor via a seguir e a minha mãe disse que sim.

Bem, mas também há outra situação. Pausa

Por ex. no caso da eutanásia, no caso da eutanásia dos doentes terminais.... hum... Pausa

Mas são situações que devem ficar ao cargo dos médicos a situação.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Em primeiro lugar pelo meu pai, pelo próprio.

E depois... hum... Pausa

No meu caso só por ele.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Deve, deve, acho que sim.

Deve informar, porque a pessoa deve saber o que se passa com ela, não é?

Acho que deve ter acesso a toda a informação, no que diz respeito à própria pessoa.

Acho que sim.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim, claro que tenho. Pausa

Pelo o que disse antes.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Devem participar com o apoio do médico, o médico assistente, especialista.

Deve dar a informação aos enfermeiros para eles... hum... Pausa

Mas os enfermeiros devem dar a informação quanto baste, há informações que só pode se dada pelos médicos, não é?

Mas acho que sim, que devem informar.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 86 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino: X

♦ Idade: 57

♦ Profissão: APOSENTADO – FUNCIONÁRIO DA EDP

♦ Grau de parentesco: MARIDO

♦ Escolaridade: 5 ANO

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Acho que sim.

Tem que ser dada, para tirar dúvidas que o doente têm.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim, sim.

Através dos exames, foi-me explicado o que tinha.

Fiquei esclarecido.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim muito.

Porque ajuda aos doentes.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

O próprio médico, que a tem seguido ao longo de tudo isto.

O médico.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Eles os médicos tem mais conhecimentos destas coisas do que nós.

Portanto acho que não.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Normalmente.

Com uma conversa, explicou-me com calma e com desenhos o que ia fazer.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Eu estou convencido que sim.

Há pessoas que aceitam a doença, e ficam mais livres para organizar a vida e sabem o que lhes vai acontecer.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Não só quero, como tive a informação

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Se a informação for positiva, acho que sim.

Se a informação for negativa, acho que um pouco mais complicado, acho que nesses casos não.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 87 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 52

♦ Profissão: COMERCIANTE

♦ Grau de parentesco: ESPOSA

♦ Escolaridade: 1º CICLO

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Acho que é importante ficar mais ou menos informado.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Eu não o acompanhei muito no consultório, em casa fazia-lhe perguntas.

Podia ter sido um pouco mais bem informada, ou porque não perguntava ou porque o médico não queria falar.

Ele está um pouco confuso com aquilo que se lhe vai ser feito, sabe que é uma operação ao joelho, mas o que vai ser feito ao fim ao cabo.

O meu marido não lhe perguntou e ele não lhe disse.

Não lhe disse nada.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Acho que sim.

Até acho que a pessoa devia estar bem informada.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Eu acho que será o médico, que é a pessoa que está mais ligada com o doente.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Sim.

Era importante, porque ficava, acabava por ficar mais informado do que está.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Não tive informação alguma.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Há pessoas que não aceitam tão bem, que se escondem um bocadinho.

Mas a maior parte das pessoas gosta e quer saber o que tem.

Mas é um bocadinho complicado, depende do doente.

Eu acho que sim. Não sei até que ponto o médico conhece o doente.

Há pessoas como disse à bocado que preferem não saber, mas no meu caso preferia saber, o que tinha e o meu tempo de vida.

Acho que é importante.

A grande maioria dos doentes quer saber, na minha opinião.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Quero ter a informação, mas não tive.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Se existe um bom relacionamento médico/ doente pode não ser necessário.

Mas com o enfermeiro também pode ser.

Mas se o enfermeiro for uma pessoa agradável e saiba explicar, pode até ser o enfermeiro.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 88 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino: X

♦ Idade: 31

♦ Profissão: COMERCIANTE

♦ Grau de parentesco: FILHO

♦ Escolaridade: LICENCIATURA

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

É importante. Pausa

É importante mas muitas vezes não entendemos os termos técnicos e outras coisas.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Hum... Pausa

A mim pouco.

Mas também não estou muito dentro do assunto, e também as explicações não foram as melhores.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim, sim.

E gostaria de ter tido essa informação.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Quem?

O médico.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Hum... depende dos casos.

Eu sou muito crente nos médicos, eles em principio é que sabem.

Mas como já lhe disse depende dos casos.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Praticamente não me foi dada e as explicações não foram as melhores.

Não percebi muito bem o que iam fazer ao meu pai.

Não percebi muito, bem... hum... Pausa

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Sim, claro que sim.

Porque, porque depende de pessoa para pessoa, mas é sempre bom nós sabermos o que temos.

Não é para estar a esconder que as coisas deixam de acontecer.

As coisas que têm que acontecer, acontecem e nós temos que saber.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim, claro!

Mas não tivemos.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Depende das situações, se for um caso mais grave depende, deve, cabe ao médico o papel de informar, porque se calhar está mais dentro do assunto, tem outros termos. Se for um situação mais corrente cabe perfeitamente o papel ao enfermeiro.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 89 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 71

♦ Profissão: REFORMADA – PROFESSORA EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

♦ Grau de parentesco: MÃE

♦ Escolaridade: LICENCIATURA

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Acho que é imprescindível. Mas deve ser dita com delicadeza e prudência.

O doente tem o direito de saber tudo sobre a sua doença.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Sim, porque foi muito útil esta informação.

Como já lhe disse o doente tem o direito de saber e tirar as dúvidas sobre todos esses aspectos que mencionou.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Sim. Pausa

Quem me esclareceu foi mais o meu filho e depois tirei dúvidas em relação à alta com o médico.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Devia ser o médico e não outra pessoa.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Acho que deve participar na sua cura, na sua intervenção em tudo.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da doença?

Foi ele, o meu filho que me disse. E como é obvio a opção é dele.

Não tenho, nem posso por objecção.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Acho que sim.

Correctamente, com prudência, com calma e com serenidade.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim, claro.

E tive como já lhe disse.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Devem participar.

Devem participar, porque eu tive uma situação muito complexa, porque sou diabética e o médico disse-me que tinha que ter uma alimentação especial. Pausa

E a enfermeira não sabia.

Os enfermeiros para colaborarem como deve ser devem estar informados do que se passa, para ajudarem o doente.

Guião da entrevista – FAMÍLIA

Entrevista N.º 90 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino: X

♦ Idade: 75

♦ Profissão: REFORMADO – DISTRIBUIÇÃO DE FILMES

♦ Grau de parentesco: PAI

♦ Escolaridade: LICEU

Questões para a entrevista:

1 – O que significa para si o consentimento informado?

Importantíssimo saber a informação à cerca da doença do meu filho.

2- Ajudou-o a entender a sua doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico?

Em relação a isto, não estou devidamente elucidado, também não lhe perguntei como era ou como não era.

Dado como o meu filho tomou essa opção, não sou eu que vou dizer não devias ter feito ou devias ter feito assim ou assado.

Até porque já passou para uma e sabe se lhe convém ou não.

Para aí não sou chamado.

Mas é claro, gosto de saber.

As veias se estão cá é porque são necessárias, se não se substituem, não sei como fica.

Mas a decisão foi do meu filho.

3 – Acha útil o consentimento informado?

Acho que sim, muito útil.

4 - Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado?

Os médicos e os enfermeiros.

Primeiro os médicos mas depois também os enfermeiros.

5 - Acha que deveria participar na decisão médica? Comente.

Isso era, acho que sim.

Eu posso não querer ser operado, embora o médico me diga que deva ser operado, o corpo é meu e eu é que decido.

Eu acho que o doente têm uma palavra a dizer se quer ou não quer.

E acho que nem a família tem o direito de interferir, o doente é que escolhe.

Isto é a minha opinião.

6 – Como lhe foi transmitido a informação técnica à cerca da sua doença?

Não foi.

Não fui informado.

Ficou tudo nas mãos do meu filho.

7 – Qual a sua opinião acerca dos doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave?

Certamente.

Para saberem o que é que tem e dado que toda a gente vai morrer, pelo menos que se saiba porque é que vão morrer, eu pelo menos vejo a coisa assim.

Porque entendo assim.

Eu se tiver um problema grave quero ser informado, infelizmente pode haver um choque, mas isso é ultrapassável.

Há gente que fica muito chocada, mas se anuncia essa situação, o que é que vão fazer?

É tentar ultrapassar se for possível.

8 – Acha e quer ter acesso a toda a informação à cerca da sua doença?

Sim, mas não tivemos.

Mas não tive em relação ao meu filho.

9 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Sim.

Para precisamente dar a assistência a que doente venha a necessitar.

ENTREVISTAS

ENFERMEIROS

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 91 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 34

♦ Categoria profissional: ENF. CHEFE

♦ N.º de anos de experiência profissional? 11

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

O consentimento informado é o consentimento dado pelo doente ao acto médico, ao qual vai ser submetido. Pronto. Pausa

Tem para isso, o médico informar o que é que vai fazer, quais as contra indicações, o que é que pode acontecer, o que é que não pode acontecer.

E depois de tudo explicado ao doente, o doente assina o papel, a dizer que está esclarecido... hum... hum... Pausa

Está esclarecido, esclarecido hum... aquilo que vai ser sujeito, e a quê vai ser sujeito.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

O médico.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Qual a participação que deve ter o enfermeiro... bom....bom... hum...hum...

Eu acho que sendo o consentimento informado, o consentimento informado, sendo em relação ao acto médico, a informação que podemos dar é uma informação, que tem que ser limitada e que vai de encontro à informação que o médico deu.

Nós não podemos, temos que ter algum cuidado quando os doentes nos perguntam muitas coisas e isso acontece muitas vezes, não é?

Porque muitas vezes não são informados.

A informação que nós damos têm que ir de encontro à informação dada pelo médico, senão vai suscitar mais dúvidas ao doente.

Em relação à nossa participação, não devíamos informar sobre o acto médico.

Quem tem esse dever e obrigação de informar é o médico. Que devia fazer isso, o que não acontece na prática, não é?. Porque muitas vezes os doentes não fazem ideia do que vão fazer.... hum... Pausa

Se calhar estar presente durante a passagem de informação de maneira a podermos sei lá! De maneira a podermos, das perguntas que o doente faça ser de encontro a isso, para não contrariar, para não acrescentar mais informação para não baralhar o doente, não é?

Porque, porque eu entendo o consentimento informado em relação ao acto médico. Por isso nós não temos que, que por nossa auto recriação falar sobre isso. Não é?

Isso é tudo na teoria, porque na prática não é isso que se passa.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Eu pessoalmente não dou nenhuma, eu acho que... que.... hum... Pausa

Primeiro tem que ir ao encontro ao talvez ao que o médico já lhe disse.

Eu por minha auto recriação não digo nada, não posso fazer isso, é um dever médico, é o dever de informar, é um dever médico e depois tem que se conhecer o doente e tem que se saber até que ponto o doente quer ou não saber o seu diagnóstico e isso tem que ser respeitado. Por muito que nos custe, por muito que a nossa opinião possa ser, possa ser... hum ... Pausa

As pessoas tem o direito a saber tudo, mas tem o direito de saber e tem também o portanto.... hum... Pausa

Por isso consoante o dente, não há um, não há um, não pode haver um protocolo de actuação, consoante o doente que têm à frente se pode ir dizer... hum.... mais ou menos. Porque há doentes que efectivamente não querem saber, não é?

Preferem não saber, portanto... hum... Pausa

Acho que as pessoas não podem estar cegas, não podem viver na ilusão que vão ficar bem, aquela coisa, deixe estar que isso vai passar, ou que isso é só uma má fase. Isso não se pode fazer isso, não se pode enganar o doente. Mas às vezes o apoiar também tem muita importância.

Por isso têm que se avaliar o doente que se tem à frente e consoante as informações que sabemos, que o médico passou ou tem que se ir dando, consoante o grau de emocionalidade do doente, qual o grau de compreensão da doença do doente e da família. Tudo, tudo na relação também com a família, com a relação com a família.

Porque muitas vezes os doentes não tem a capacidade de, de hum... informação, de dissecar a informação, de podermos ter um comportamento, sei lá!

Não há comportamentos adequados, mas, mas.... pronto adaptar-se.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Acho que sim.

Porque acho que a partir do momento em que as pessoas são informadas dos procedimentos que, que... hum... Pausa

Primeiro faz com que as pessoas estejam mais dentro, sobre o processo da doença, que é uma coisa importante, que sejam envolvidos no processo da sua própria doença e isso humaniza os cuidados, não é?

Porque é uma relação maior, porque quando se fala de coisas que podem ser graves ou pode não ser, podem ser um acto médico, não é que não tenha qualquer gravidade, porque todos os actos podem ter risco inerente. Mas pode ser uma coisa... hum... Pausa

Qualquer explicação dada aumenta a empatia aos doentes, entre os doentes e os médicos e entre as pessoas, da equipa, os técnicos de saúde e pronto!

Qualquer comunicação feita, qualquer relação, relação que exista nas pessoas da equipa de saúde... hum... é o doente é sempre mais, porque é o caminho para a humanização.

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 92 Data _____ Hora: _____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 49

♦ Categoria profissional: ENF. ESPECIALISTA

♦ N.º de anos de experiência profissional? 29

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

O consentimento informado é a autorização dada pelo utente para que sejam feitos todos os procedimentos escritos, escritos, se não forem aqueles que estão escritos não podem

Porque há às vezes, há um bocadinho aquela ideia que se abre o doente e que se pensa que se vai mais aqui ou ali e não se pode. Têm que se fazer de novo.

Portanto o consentimento informado é a autorização que o doente dá para que sejam feitos os procedimentos previamente combinados.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

O utente e o médico.

Ou então o familiar, quando é um doente com menos de 12 anos ou quando é um utente que, que não é auto suficiente. Ou doentes mentais, são os responsáveis ou os tutores.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

O enfermeiro, o enfermeiro é o advogado. É aquele que verifica se existe ou não o consentimento informado antes que o doente seja anestesiado, tome alguma pré medicação.

O consentimento informado é a autorização dada pelo utente e qual é a participação do enfermeiro?

O enfermeiro esclarece qualquer dúvida que o utente tenha, porque por vezes o doente não sabe o que é que lhe vão fazer, em que consiste o consentimento informado.

Portanto têm que ter a preocupação ara saber se o doente está ou não está suficientemente esclarecido, porque às vezes não está.

E portanto entra um pouco como advogado do doente para que ele vá esclarecido, para que não seja feito qualquer procedimento sem que ele não tenha sido percebido.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Que tenha um diagnóstico grave, grave... hum... Pausa

Tenho que pensar, o diagnóstico, o que é o diagnóstico?

Primeiro pergunto-lhe o que ele sabe da situação e depois tenho que perceber que tipo de doente tenho à minha frente e o que é que eu lhe posso dizer. E se vou dizer de uma vez ou se vou dizer dando uma informação, informação, parcelando a informação de acordo com o tipo de doente que eu tenho.

Se o doente consegue perceber para já primeiro a informação, esta não deve ser dada de uma vez só. Portanto vamos doseando a informação, antes de tudo mais a informação.

Antes deve-se saber o que ele sabe de si próprio ou o que ele sabe da patologia que ele tem.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Acho que sim.

Acho que sim, se o consentimento informado for suficientemente esclarecedor, esclarecido, acho que sim.

O doente tem o direito de saber o que se passa consigo e o que lhe vão fazer. Assim como a família, a família existe nesta situação se o doente quiser.

Porque se o doente for autónomo, a família só participa se o doente quiser.

Mas sobretudo ao doente, tem o direito de saber, faz parte da ética.

E o doente tem o direito à sua autonomia, à sua tomada de decisão, o doente pode querer, o médico pode querer e o doente não autorizar.

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 93 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 27

♦ Categoria profissional: ENF GRADUADA

♦ N.º de anos de experiência profissional? 6

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

É, é o consentimento informado... hum...hum... Pausa

É o meio pelo qual o doente dá a sua autorização. Tem que ser informado, sobre aquilo que lhe vão fazer e dá o seu consentimento, diz que sim o que quer fazer.

Tem o direito de dizer que sim ou não. Mas tem o direito de ser informado de todos os procedimentos.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

O consentimento informado para actos médicos ou de enfermagem o profissional que irá realizar o procedimento, daí depende de quem o for realizar.

Se nós enfermeiros formos fazer uma técnica a uma pessoa, devíamos pedir o consentimento para quase tudo. Mas se for um acto que vai depender do médico, daquilo que o médico vai fazer, é dele.

Nós realizamos actos interdependentes, não é?

Também, são eles que devem informar. Não quer dizer não possamos fazer, mas devemos aceitar isso, não é?

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

O enfermeiro deve ver, deve testar o conhecimento do doente. Quando vai realizar qualquer procedimento e, e ... hum... Pausa

Saber o que é que ele sabe acerca do assunto.

E se achar que o conhecimento, a informação que ele tem não é suficiente deve dar uma achega, deve ou explicar doutra maneira ou porque a pessoa não percebeu, ou porque a pessoa que explicou não foi suficientemente explícito. É só dar, dar... hum ... Pausa

Contribuir um pouco mais para que a pessoa, dar um maior conhecimento da pessoa do que vai ser realizado.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Que tipo de informação?

Eu tento não dar essa informação, ou... hum... Pausa

Dá-la na presença de outro profissional de saúde, como por ex. o médico. O médico é que deve dar essa informação, não faz parte das minhas competências dizer à pessoa que ele tem um, um diagnóstico grave.

Se o doente souber, vou-lhe dar a informação que lhe.... hum.... vão.... hum.... Pausa

Uma qualidade de vida melhor., não é?

Ajudar a pessoa, a informação que vão dar alguma ajuda ao doente.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Sim, claro que sim.

Contribui porque a pessoa sabe o que se passa com ela, o que vai fazer, sabe o porque das coisas. Não é um objecto que está ali para ser cuidado, para ser tratado e não interessa se tem ou não conhecimento do que vai ser feito.

A pessoa e a família tem que ser englobados nos cuidados de saúde e tem o direito de se recusar a uma serie de coisas.

E eu posso não concordar com isso pessoalmente, mas não posso de maneira alguma julgar ou criticar a pessoa porque ela tem esse direito.

Pausa

Acha que não deve fazer isto ou aquilo ou acha que esta não é a decisão mais correcta ou pura e simplesmente não quer fazer o procedimento, porque acha que não vale a pena é de respeitar a pessoa que temos á nossa frente e, e respeitar a sua decisão e ela deve ter tida em conta.

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 94 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 51

♦ Categoria profissional: ENF. GRADUADA

♦ N.º de anos de experiência profissional? 33

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

Eu li qualquer coisa sobre isso. Pausa

Quer dizer sobre o diagnóstico diz respeito completamente ao médico, a nós diz-nos respeito minimamente elucidar o doente sobre certos aspectos e doutros não.

E explicarmos o que pudermos.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Quem deve?

Eu penso que o médico.

Para dar informação ao doente, compete mais... hum...Pausa

Tem que ser o médico.

A nós apoiar o que for preciso.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Bom... hum... Pausa

Ao doente Pausa

Ao doente... Pausa

Dar a informação como está, esclarecermo-lo, o que poderá fazer para colaborar. Tudo bem. A nível da doença, eu penso que não!

É mais o médico, não é?

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Se o doente souber.... hum... pausa

Damos a melhor ... hum... como dizer?

Apoio, enquanto á vida à esperança, que a pessoa não se deve render à doença, que tem que ter esperança. Agarrar-se, ter foça de vontade, acima de tudo não deixar o doente desmoralizar.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Depende. Há muitos tipos de doentes, familiares... hum... Pausa

Depende muito da educação, do meio cultural das pessoas, aceitarem ou não.

Depende dos familiares e do próprio.

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 95 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 64

♦ Categoria profissional: ENF. SUPERVISORA

♦ N.º de anos de experiência profissional? 43

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

Acho que é importante. E que vem a ser feito ultimamente, porque antes poucas pessoas eram informadas da doença, da situação clínica, da atitude terapêutica.

Hoje vai se informando, antigamente não havia essa informação, o doente fazia a medicação, poderia saber ou não e pouca informação lhe era dada.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Deve ser feita pelo médico e consoante a informação que lhe é dada, nós podemos ver até onde é que podemos ir, até onde podemos informar.

E não ultrapassar o que o médico disse ou esclareceu.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Depende muito do que o médico vai dizer, nós não vamos ultrapassar o que ele informou, o que disse ao doente. Portanto é um bocado relativo, quer dizer.

Deve-se ter um bocado de atenção ao que o doente sabe, informado pelo médico, para podermos ver que ajuda podemos dar.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Que informação?

Tenho que me cingir à informação que o doente já tem e depois tenho que utilizar todos os meios que existem para prolongar, dar uma qualidade e vida ao doente, tanto quanto possível.

Mas nunca ultrapassando o que o médico disse ao doente.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

É um bocado relativo, depende das barreiras que vamos encontrar na família, da... hum... Pausa

Da nossa parte acho bem.

Da família é muitas vezes uma obstrução, mas acho que bem informados, podem dar um maior apoio, mas é trabalhoso.

Os paizinhos das crianças... hum.... é muito difícil aceitarem a realidade e sobretudo em miúdos, é uma violência muito grande.

Há a rejeição, recusam-se a aceitar a verdade.

Mas é bom para a criança e em geral para todos, quer dizer.

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º96 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino:_____

♦ Idade: 61

♦ Categoria profissional: ENF. GRADUADA

♦ N.º de anos de experiência profissional? 40

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

Para mim o consentimento informado ... hum... é todo o diálogo que existe entre o paciente e o médico.

No sentido do médico o informar o que ele na realidade pensa que ele tem.

Se for o caso de cirurgia, por lhe os prós e os contra de modo a que o doente possa decidir em consciência. Se está de acordo com aquilo que se vai fazer... hum... Pausa

Assumindo em parte também algum risco daquilo que vai ou possa acontecer.

Porque na medicina muitas vezes dois e dois não são quatro, não é?

Por conseguinte o que a uns corre muito bem, a outros pode não correr muito bem, a outros podem não correr de igual modo, por conseguinte deve haver esse cuidado, esse consentimento, o doente deve estar informado, deve estar consciente daquilo que se vai fazer para que as coisas corram o melhor possível.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Em primeiro lugar penso que o médico hum... Pausa

Não quer dizer que a enfermagem não colabore.

Mas acho que em primeiro lugar o médico.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Pronto eu acho que... hum... Pausa

O grau de participação do enfermeiro terá que estar limitado entre aquilo que ... pausa

Primeiro terá que ver o que o médico falou para que dentro desses parâmetros, utilizar quase a mesma linguagem e não haver determinadas discrepância.

Por conseguinte teria ... hum... que ser um trabalho de equipa, porque o médico teria também que falar com o enfermeiro.

Este doente tem esta situação, corre-se este risco ou esta vantagem, o doente têm conhecimento, portanto na sua abordagem falarmos todos a mesma linguagem.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Hum... por principio não sou muito clara... hum.... tento saber até que ponto o doente tem conhecimento, consciência da sua situação. E dentro disso vou, vou enfim dizendo qualquer coisa que também não vá ferir, porque não sei até que ponto o doente aceita.

Porque muitas vezes aquela pessoa que nos diz, eu quero saber a verdade, estou preparada para saber a verdade, não corresponde a 100%.

O subconsciente não quer saber a verdade, quer e não quer.

Porque no dia em que é dita a verdade nua e crua, ele entra em depressão e surgem imensas complicações.

Isto é o que a experiência da vida me têm ensinado, não é?

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Eu penso que sim.

No sentido em haver mais colaboração das pessoas envolvidas: doentes, família e enfermeiros.

Se neste consentimento tivermos todos esta linha de pensamento, a mesma linguagem, eu penso que se dá uma colaboração maior.

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 97 Data _____ Hora:____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino:_____

♦ Idade: 61

♦ Categoria profissional: ENF. CHEFE

♦ N.º de anos de experiência profissional? 39

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

Consentimento informado ... hum... Pausa

Está a falar das doentes que são operadas?

Todas?

O direito que as doentes têm de saber o que vai acontecer com elas.

Depende da situação da doente... hum.... Pausa

Eu tinha isso ali na maternidade... hum... Pausa

Tinha uma autorização ... hum que devia ser sempre assinada pela doente, desde que esteja consciente e orientada, tem que ser sempre assinada por ela.

Em relação aquilo que está previsto fazer hipoteticamente vai ser feito ou poderá vir a ser feito.

Deverá ser informada da cirurgia e até em relação à anestesia.

Á parte disso quando a doente não está nas suas faculdades ... hum ... tem que ser o familiar mais próximo ... hum... ou, ou assim... Pausa

Tem que ser assim a doente vai ser intervencionada deve ser informada logo desde a consulta e, e o que não for feito na consulta quando chega ao internamento deve ser conferido, não está feito vamos fazer.

Procurar e eu até tinha esse hábito a Sr. sabe o que vou vem fazer? O que não vem fazer, sim Sr. e depois vem um papel assinado por ela e depois ela confere. É isso não é?

Se não tivesse assinado, pois eu chamaria alguém, o médico e procuraria saber o que se passava.

Para depois convocar um familiar.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Quem deve fazer?

Os enfermeiros e os médicos.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

O enfermeiro é confirmar se estás tudo, se está tudo nas formas legais.

Na participação ... hum... é só médico, é mais médico!

A informação se a doente estiver em condições de perceber o seu estado, se for grave ou menos grave.

Eu acho que se deve dizer o doente tem o direito de saber o que tem ou aquilo que pensam fazer-lhe.

Se não tiver consciente, contactasse o familiar mais próximo, o marido , o filho...

Para mim será isso.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Que tipo de informação dou à doente?

Eu não dou!

A não ser que tenha a autorização médica.

Eu procuro não dar, isso tem a ver com a informação mais directa com o médico.

Não dou!

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Eu acho que contribui.

Eu acho que contribui, mas desde que o doente tenha a capacidade de perceber o que se está a fazer, a dizer e nomeadamente o enfermeiro também.

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 98 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: X

♦ Idade: 36

♦ Categoria profissional: ENF. GRADUADO

♦ N.º de anos de experiência profissional? 11

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

É em relação aos doentes.

É os doentes estarem a par de tudo, de todos os procedimentos que lhes vão ser prestados e o doente consente ou não o que lhe vai ser efectuado.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

O ... hum... Pausa

Todos podemos informar o doente.

Em, em cirurgia, em termos cirúrgicos será sempre o médico.

Nos outros procedimentos que nós vamos efectuar, são consentimentos que cada profissional de saúde deve informar o doente.

Cada um na sua área.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Devemos perguntar ao doente o que é que ele sabe.

E tudo, tudo o que for da nossa área devemos ser nós a informá-los.

Não vamos informar dos actos cirúrgicos, porque isso deve ser o médico que deve informar.

Nem a situação clínica, nem o diagnóstico do doente.

Mas, mas, tudo o que nos dizer, o que nos diz respeito, a nós, somos nós, não é?

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Não dou informação.

Quando ele sabe, tento esclarecer, quando ele já sabe tento esclarecer, mais ainda.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Acho que sim.

Porque o doente tem que saber tudo o que ele tem... hum.. Pausa.

E, e o consentimento informado... hum.... Pausa

E se está informado ele pode contar com a equipa de saúde.

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 99 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 41

♦ Categoria profissional: ENF. GRADUADA

♦ N.º de anos de experiência profissional? 16

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

Para mim o consentimento informado ... hum é o facto do doente ter conhecimento do que se lhe vai fazer, seja a que nível for, médico ou cirúrgico.

E o doente consentir nisso, isto é o doente aceitar o que se lhe está a fazer, seja de enfermagem ou médico, na área médica.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Eu penso que será que ser se o profissional que fala ou prestará esses cuidados.

O próprio doente para depois ter confiança e saber a quem deve prestar informações e esclarecê-lo se for o caso.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

No ponto de vista de enfermagem somos nós próprios.

No ponto de vista médico podemos colaborar como nós estamos 24 h com o doente é natural que o doente nos questione sobre os procedimentos que vão ser feitos.

E dentro de determinados limites nós podemos colaborar. Pausa

Retirando os medos ao doente, minorar a ansiedade, naquilo que soubermos e pudermos fazer, noutra área será o médico, como a nível cirúrgico terá que ser o médico a dizer o que lhe vão fazer.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Que tipo de informação dou?

Eu tento... Pausa

Tento contornar o problema, de forma a aliviar a ansiedade, mas também não lhe dou falsas esperanças.

Depende do doente que tenho à frente, da forma como ele encara a situação da doença.

Mas quando é uma situação que eu... Pausa

Mas eu não tenho conhecimento de todo, eu passo ao médico. Pausa

Para o médico poder ajudar o doente e podermos em conjunto, estar em sintonia.

Não vou dizer uma coisa e outro dizer outra e aumentar a ansiedade ao doente.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Para a humanização acho que sim. Porque para diminuir a ansiedade ao doente.

O doente sabe o que lhe vai acontecer, o que pode esperar.

É importante também informar o doente dos riscos, não só lhe dizer o que lhe vamos fazer, mas também dos riscos, da cirurgia, por ex. ou até da colocação de um cateter.

E hum ... pronto é bom para o doente.

Para o doente estar minimamente saber o que pode contar.

Muitas vezes fazemos coisas aos doentes e os doentes não sabem. Pausa

Dentro dos seus limites se forem confusos e desorientados é complicado.

Os doentes dizem que sim, mas passados algumas horas, não sabem muito bem o que dizem, o que lhes vão fazer.

Mas contribui sem dúvida nenhuma para a humanização.

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 100 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____ Masculino: X

♦ Idade: 23

♦ Categoria profissional: ENF. NÍVEL 1 + PÓS GRADUAÇÃO EM GERIATRIA

♦ N.º de anos de experiência profissional? 2

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

Para mim o consentimento informado hum... Pausa

O que é para mim?

Acho que a informação clínica sobre a história, a terapêutica. Pausa

O doente deve ser previamente informado e a partir daí decide ou escolhe em consciência, bem informado se vai aceitar ou não os procedimentos.

Não sei bem a definição, mas acho que é assim.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Acho que se me recorde... Pausa

Acho que deve ser a parte médica. São os primeiros a abordar quer seja para a cirurgia e penso que a enfermeira também pode ter algum papel nisso.

Mas acho que deve ser numa equipa multidisciplinar, as decisões que damos ao doente, devem ser em equipa.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Eu acho que deve ser articulado com o médico e acho que deve ter um papel importante. Deve-se informar a terapêutica que o doente faz, as consequências, os efeitos secundários, os nossos cuidados, devem ser informados pelo enfermeiro porque é ele que faz os cuidados.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Vou ao encontro do que o médico já falou com eles.

Tento não me precipitar, porque encontra-se muito no dia a dia o médico não informa e ... hum... Pausa

A família, a família às vezes sabe e tem o habito de esconder.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Contribui.

Acho que sim.

Porque podemos, porque só assim o doente pode decidir em consciência se aceita os métodos invasivos, terapêuticos, que podem prolongar muito a qualidade de vida, a vida do doente.

Deve decidir entre um ou outro método terapêutico. Até porque há terapêuticas alternativas.

Ele pode ser ou não um doente paliativo, ele é que escolhe.

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 101 Data _____ Hora: _____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: X

♦ Idade: 36

♦ Categoria profissional: ENF. CHEFE

♦ N.º de anos de experiência profissional? 9

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

É... hum... Pausa

Como hei-de dizer, quando o doente tem conhecimento das técnicas e da cirurgia que vai ser submetido e autoriza, e tem a noção dos riscos e benefícios que terá com, com.... hum... o procedimento.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

O médico que há de executar o tal procedimento ou tal técnica.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Na participação quanto muito podiam colaborar, colaborar através da colheita de dados.... hum... Pausa

E esclarecer as dúvidas que poderiam ter ficado remanescentes ao utente.

Não ter um papel muito activo, porque isso tem que ser mesmo o médico.

Na minha opinião é o médico que vai executar o procedimento, ele também corre riscos, ao utente dar-lhe o consentimento informado.

Há uma relação entre eles que tem que ser só deles, se houver alguma dúvida, o enfermeiro pode esclarecê-los.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Não sou muito directo nem muito preciso.

Opto por dizer: « O seu médico vai-lhe explicar melhor isso», há muitas medidas.

Se o doente souber o que se passa realmente, tem a noção do que se passa, já é possível haver maior cumplicidade com ele.

Tentar não deixar abater bastante, dar-lhe o máximo de apoio.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Sim.

Porque o doente ao ter conhecimento sobre tudo o que vai ser feito ou o que foi feito, é muito mais fácil lidar com as situações que possam daí advir.

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 102 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 24

♦ Categoria profissional: ENF. NÍVEL 1

♦ N.º de anos de experiência profissional? 2

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

O consentimento informado parte do princípio que a pessoa para realizar algum procedimento, ou relativamente à sua situação seja explicado tudo.

A situação dela, a doença, ao internamento se for necessário, a cirurgia.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Tenho a noção que será o médico.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

O grau de participação?

É assim nós dentro do que podemos, nós também não podemos adiantar muito a nível específico. Pausa

Do que podemos informar ao doente são os cuidados que prestamos relativamente à situação de modo em que fique mais esclarecido.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Não sei!

É muito complicado. Nós tentamos fugir um bocado a essa situação e tentamos responsabilizar mais o médico.

Eu sinceramente não sei.

Eu tive umas experiências e custou-me imenso ter que falar, bom não falei, ter que acompanhar só o familiar ou a própria pessoa.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Sim.

Porque partindo do princípio que a pessoa está informada tem menos receios relativamente ao que está a passar e possivelmente encara melhor a situação.

A pessoa está numa situação estranha para ela, é mais fácil para ultrapassar isso.

Será mais fácil.

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 103 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 59

♦ Categoria profissional: ENF. CHEFE

♦ N.º de anos de experiência profissional? 33

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

É a autorização que o doente dá para aquilo que se lhe propõe fazer.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

O médico.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Na informação complementar, alguns esclarecimentos na informação que o médico não é tão claro.

O doente, alguns doentes tem receio de fazer perguntas ao médico e depois com o enfermeiro põe mais as dúvidas e aí o enfermeiro pode esclarecer, dar pormenores.

Isto também devia ser feito também com o médico.

Acho que é um pouco isso.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Felizmente não tenho muitas situações destas. Mas não é fácil e é conforme a reação do doente, assim a nossa atitude.

E a escolha do momento e da forma de o dizer.

Porque há pessoas que estão preparadas e querem saber tudo o que se passa com elas e há outras que não querem saber mesmo.

Às vezes andamos à procura da altura para lhe dizer... hum... pausa

E eles fogem... hum... pausa

Portanto não é muito fácil de definir, como dar uma informação que não é boa.

Há pessoas que querem saber e vão directo e querem saber as coisas. E há outras que até fogem da situação.

É um pouco diferente conforme a situação, não é nada fácil.

E que felizmente é o médico a fazê-lo, mas não é fácil para ninguém.

Também não pode ser predefinido como se vai fazer, depende da atitude do doente.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Acho que o consentimento informado não é devidamente aplicado.

Por isso não acho que tenha dado grandes contribuições na prática.

Tornou-se um protocolo da instituição, legal dos profissionais.

Mas isso é mais uma defesa para o doente.

E não me parece que tenha sido devidamente aplicado, pelo menos onde trabalho e trabalhei.

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 104 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: X

♦ Idade: 36

♦ Categoria profissional: ENF. ESPECIALISTA

♦ N.º de anos de experiência profissional? 11

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

O que é para mim o consentimento informado?

É toda a atitude que tem , que se têm , que ... hum... Pausa

O profissional de saúde informa o doente do que é que tem e o que vai fazer. Isto é informa-o da sua doença.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

No meu ponto de vista caberá a duas pessoas ao médico e ao enfermeiro.

O médico quando explica a cirurgia. O enfermeiro quando faz um penso, complementando o que o médico fez ou disse.

Acho que tem que haver um trabalho em equipa.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Neste momento nenhum, não existe, ou talvez comece a existir, a falar-se, talvez com as novas políticas das escolas de enfermagem, não sei.

Mas antigamente era impensável, ninguém falava, o doente assinava o papel da cirurgia e era quando assinava.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Como informo?

Que tipo de informação dou?

Tenho muita cautela, não sei até que ponto está no meu âmbito informar os doentes, quando têm um diagnóstico grave.

Tento contornar a situação no sentido de preparar, para que o médico vá dizer.

Agora se o médico vai dizer ou não o problema é dele!

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Acho que sim.

Porque é assim, nos dias de hoje e com os doentes cada vez mais exigentes, nós temos que saber o que estamos a fazer.

È muito importante para os nossos doentes, família e amigos. Pausa

Hoje em dia nós temos que saber o que nós temos, o que nos vão fazer e o que nos fizeram.

Guião da entrevista - ENFERMEIROS

Entrevista N.º 105 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 30

♦ Categoria profissional: ENF. GRADUADA

♦ N.º de anos de experiência profissional? 9

Questões para a entrevista:

1 - O que é para si o consentimento informado?

Penso que é... hum ... Pausa

A pessoa ser o mais convenientemente informada daquilo que tem, do diagnóstico, exame ao que for sujeito.

E depois assina ou não se concorda com aquilo que lhe vai ser feito.

2 - Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

O médico, o clínico.

3 – Na sua opinião qual deve ser o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes?

Hum... em parte deve ter uma grande participação... Pausa

Mas da experiência que nós temos para nós enfermeiros temos uma relação maior com o doente.

Por isso acho que o enfermeiro pode informar o doente, porque o conhece melhor.

O enfermeiro deve participar por isso no consentimento informado.

4 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Eu informo ... Pausa

Eu nunca dou informação clínica ao doente, sem que o médico o faça.

Se o doente percebe bem... hum... Pausa

Dependendo do que o clínico, o médico lhe explicou... hum... Pausa

Depende da participação do utente e se o doente aceitar, porque há doentes que não aceitam. Se o doente não aceita, não sou eu que vou impor ao doente: «Olhe este diagnóstico é muito grave».

Vou tentar explicar e ajudar o melhor possível.

5 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos cuidados ao doente/família? Comente.

Acho que sim, bastante.

Sim, para já porque..... hum Pausa

O consentimento informado ... hum ... Pausa

A pessoa estar informada daquilo que tem, do seu estado, os cuidados podem ser muito melhorados.

Ter conhecimento daquilo que estão a passar e do que vão passar é muito importante, essa humanização será um ganho, essa informação é muito importante.

ENTREVISTAS

FAMÍLIAS

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 106 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: X

♦ Idade: 62

♦ Especialidade: CIRURGIA GERAL – PROF.

♦ N.º de anos de experiência profissional? 37

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

Hum.. é complicado o consentimento informado assim rapidamente. Pausa

No fundo, no fundo... hum Pausa

Excluindo o aspecto jurídico, o que me interessa mais é o doente, a explicação ... hum

... tão simples e tão compreensível pela parte do doente do que nós vamos fazer... hum

... Pausa

Os riscos, os benefícios e em função do balanço que nós vamos ter que fazer sempre, entre os benefícios potenciais de qualquer acto médico, o gesto que este mesmo inclui quando este é mais, favorável para o doente, nós devemos praticar esse gesto.

É obvio que temos que explicar o melhor possível ao doente. Pausa

O problema aqui ... hum ... é o aspecto hum ... que nós ficarmos conscientes que o doente compreendeu e entendeu perfeitamente aquilo que lhe foi dito.... hum.... pausa

A partir do momento em que temos essa, no nosso consciente que o doente entendeu perfeitamente o que se lhe vai fazer e a razão porque se lhe vai fazer e que entendeu um pouco os riscos que se estão associados a isso.

É uma pratica médica que nós já tínhamos, eu julgo que nós, que muitos de nós já tínhamos, mesmo antes de chegar estas, estas, estas normas, directrizes. Que torna o consentimento informado não obrigatório, mas desejado ... hum...

E que a gente vê muito divulgado por tudo quanto é ... hum ... hospitais. Mas é... hum ... no fundo é o prolongamento da consulta, o consentimento informado não é mais do que o prolongamento de uma consulta ... humPausa

Consulta onde se toma uma decisão um pouco, um pouco, pouco mais complexa quer dizer. O consentimento informado ... hum ... é usado muito na pesquisa médica, quando estamos a utilizar um medicamento um pouco, potencialmente agressivo, mas sobretudo quando prescrevemos algum acto de diagnóstico, complicação ou gesto terapêutico ou cirúrgico, que tem um potencial de complicação também razoável.

O que nós queremos é que o doente tome um pouco consciência da situação e ... hum e não é partilhar connosco a decisão hum ... Pausa

Porque a decisão é médica, aceitar a decisão médica de uma forma mais consciente. Pausa

Não há partilhar de decisão, não escolhe, porque não está em condições de escolher, quem decide é o médico, o médico é que tem que escolher. Pausa

O mais adequado é esta solução. Pausa

E explica e fundamenta de forma compreensível para o doente, essa opção, a opção que ele entende, e que, que espera que o doente aceite essa sugestão.

No fundo é o terminar da consulta do gesto da consulta médica.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Eu acho que sim.

Eu acho que sim.

Em primeiro lugar uma obrigatoriedade ética, é, é ... hum e depois será, não é uma norma. O problema às vezes e nós vemos muito, muitas vezes vemos consentimentos informados escritos e sabemos claramente que as pessoas não entendem metade do que está lá escrito.

Eu já fiz muitos consentimentos informados ... hum Pausa

É só dar o papel e pedir para assinar, eu não acho que isto seja um consentimento informado, é apenas a resolução de um aspecto burocrático ... hum ... Pausa

Porque muitos dos textos ... hum ... por muito simples que sejam nós não temos a certeza que eles entendem ... hum ... Pausa

Porque o nível cultural e social é baixo ... hum ... e portanto não basta dar-lhe o papel e que ele assine no fim do papel e a partir daqui está o consentimento informado feito ... hum ... Pausa

É apenas um aspecto burocrático que tem pouco a ver com o consentimento informado.

E agora como isto, se torna prática corrente e lá no fundo o sentido ético da medicina.

Ou seja nós temos que ficar conscientes que o doente entendeu, o doente e a família às vezes.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

É basicamente o médico.

É o primeiro responsável, o ... hum ... o primeiro responsável, o primeiro responsável
hum... Pausa

Em certas circunstâncias a enfermagem pode, depende isso depende de que gesto estamos a falar, de que circunstâncias estamos a falar.

Por ex. num gesto endoscopico se o pessoal de enfermagem, formado, bem formado da área da endoscopia, terá capacidade de fazer hum ...de fazer parte.

Mas na linha prática, da minha esfera de actuação é a única área que eu aceito.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

A primeira dificuldade é a compreensão das coisas.

Às vezes há alguma dificuldade quando propomos a um doente para ser operado e o doente tem um doença maligna e hum e para já nós não devemos faltar à verdade, mas também não há necessidade de uma forma fria, seca e bruta.

No consentimento informado tem um termo aqui e agora e vai ser operado.

Para já muita gente e tendo em conta o contexto social e cultural onde está inserido, basta dizer que tem uma doença que carece de cirurgia, o doente entendeu que vai ser operado. Pausa

O gesto cirúrgico, só o risco, o que está ali em jogo é o risco cirúrgico ... hum ... não é a doença por si. Porque é só mais tarde que dá a regressão.

Se o doente ficar satisfeito não precisamos de explicar tudo.

Não podemos faltar à verdade, no sentido que é uma coisa sem importância nenhuma, mas talvez para muitos doentes. Se eles não fazem mais questões, deixar somente subjacente a ideia que é necessário intervenção por uma razão que, por uma doença que existe naquele órgão, cuja terapêutica é cirúrgica. Se ele fica satisfeito com esta explicação , com o gesto. Pausa

Depois temos que explicar o gesto, a cirurgia, implica uma anestesia, a recessão de um órgão, de todos os riscos, etc., etc. e depois podemos explicar os riscos da própria intervenção cirúrgica e escusa de falar da doença em si.

A não ser que nós sentimos que o doente recusa... hum ... a recusa implica que o doente esteja perfeitamente consciente daquilo que vai ser feito. Se o doente se recusar nós devemos prolongar a explicação até ao máximo possível, porque sabemos que ele em que ser operado, tem que, que ser operado... hum... raramente acontece porque se não for operado daqui a uns tempos nem precisa de ser operado.

Isto pode chegar a esse momento, mas é raro que isto chegue, mas às vezes chega.

Pausa

O doente não aceitar. Pausa

Uma recusa, quando sentimos que não fomos perfeitamente explícitos, não explicamos bem. Da forma mais clara possível, há medida que for necessário ... hum ... Pausa

É obvio que o contexto sócio cultural é, é hum ... Pausa

Nesta matéria fundamental.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Normalmente fico muito ... hum... Pausa

Fico muito ... hum ... pausa

Toca-se a música à vontade do dono.

Da minha experiência, as pessoas não querem, não fazem muitas questões, quem faz mais questões é a família. Os doentes não fazem muitas questões, a grande maioria aceita, não faz perguntas.

Mas quando a gente sente que o doente põe questões com sensatez, nós temos que a pouco e pouco ir explicando o que se passa.

Isto é um problema complexo, porque exige muito. Pausa

Quer dizer não faz sentido e é desumano e nos tempos que são dados para a consulta, dizer em 5 minutos que o doente têm o tumor maligno.

O Sr. vai morrer isto não tem cura nenhuma. Isto não é algo que se possa dizer em 10 minutos de consulta.

Mas exige muito mais tempo, consumo, contacto, é mais ... hum ... pausa

E só se chega a esse extremo, se as pessoas estiverem a fazer perguntas muito objectivas.

Tem que se dizer com alguma calma, com tranquilidade, exige tempo, tempo.

E às vezes há a necessidade de dizer de uma forma clara, o que irá acontecer e como as coisas vão acontecer e as que não tem solução nenhuma.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

É, acho que sim, quer dizer ... hum ... Pausa

A medicina não é apenas o exercício de qualquer gesto técnico, de um diagnóstico brilhante, de uma terapêutica adequada médica ou cirúrgica. De uma utilização de uma técnica mais ou menos sofisticada, mais ou menos habilidosa.

È uma relação entre duas pessoas, uma relação pessoal e que tem sempre uma dimensão própria e portanto a pessoa como ser humano tem, deve ter o nosso respeito e ... hum...

Pausa

Em certas circunstancias pode ... hum ... em certas circunstancias estamos mais complexos e, e o consentimento informado não é mais que uma extensão da prática médica. Porque muito antes de haver, de surgir esta, esta, hum ... necessidade... hum...

pausa

Lembro-me que nos primórdios quando comecei, o médico era uma pessoa autoritária e que dizia faça assim, faça assado e pouco mais explicava.

Mas mais na minha geração muito rapidamente, no principio sentimos a necessidade de explicar às pessoas e considerá-las como pessoa e não apenas como doentes, que procuravam uma solução terapêutica.

Quando a gente, olha para as pessoas como pessoas que estão doentes e não precisam disto ou daquilo há a necessidade de explicar, dizer dos riscos e benefícios.

Isto no fundo era, era os primórdios do consentimento informado, que, que surge muito depois muito mais tarde e agora é norma.

Há uma relação clara entre a qualidade e o consentimento informado. Isso é indiscutível.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Claro, claro.

No sentido de evolver o doente.

Somente aqui não concordo nada e já o disse antes com a ideia que o doente partilhe, o doente não partilha nada!

É informado da decisão, tenta compreender a decisão, tem que aceitar a decisão, tem que assumir a decisão de forma compreensível consentimento informado.

Mas a decisão é médica, não há cá uma escolha, entre, entre, entre, entre várias opções.

Às vezes acontece, mas somos nós que, que deve ser suficientemente médico para depois optar.

Mais diversas para determinados problemas algumas das quais são mais violentas do que outras e nós podemos ver uma solução e podemos explicar isto poderia ser assim mas no seu estado, isto seja suficiente. Mas somos nós que decidimos, explicando claramente as coisas, é mais fácil.

Eu lembro-me de pessoas com muita idade, com um tumor neoplásico do recto em que nós sabemos que as condições são más e que o doente, o depende não têm condições para uma abdomino perineal, para uma colostomia e com a radioterapia controlamos a doença. E não tem a violência da cirurgia, da colostomia, em o risco excessivo que aquilo representa, é uma opção que devemos escolher e sugerir.

Deixando ... hum ... olhe há outra hipótese, mas por isto por aquilo não é adequado. Também com esta conversa o doente podemos fazer, mudar um pouco a nossa decisão.

Pausa

Mas é muito excepcional ... hum Pausa

Mas é muito excepcional!

O, o, o consentimento informado a humanização do consentimento informado é no fundo, é um conjunto de questões que se levantam com o consentimento informado, hum... o que se põe é que passamos de tratar de um doente para tratar de uma pessoa.

Somos obrigados, devemos chamar á atenção que vai passar por isto, isto e isto, vão ter não sei o quê, mas vai ganhar aquele benefício ou minimizar aquele sintoma ou aquele ou outro.

Quando só podemos minimizar sintomas isto aproxima-nos mais dos doentes.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Eu acho que tem sido muito pouco ... hum.. pelo menos o que eu tenho visto.

Eu no meu hospital há muitos anos coloquei as enfermeiras a fazer consulta e quase que ia sendo excomungado no hospital, não estou nada arrependido. Para elas foi algo, bastante interessante.

Ainda hoje fazem alguma actividade de consulta, consulta de enfermagem. E devemos ser os únicos que os fazemos. E quando elas desenvolvem esta actividade, elas, fazem tal e qual como o médico. Têm que conhecer todas as questões relacionadas com o consentimento informado, a enfermeira quando faz a consulta já sabe o que vai acontecer a seguir ao doente, que lhe vai ser feito isto ou aquilo, que vai ser operado.

E diz vai ao seu médico que lhe vai dizer quando é que é operado e tem capacidade e conhecimentos para poder iniciar, o que se chama o consentimento informado.

Nós temos no nosso serviço. Pausa

Agora é mais aceite, fazem consultas em programas muito restritos e específicos, fazem muito bem e melhor que muitos profissionais médicos. Que não entendem daquele assunto e portanto temos a vivência de há muitos anos e elas fazem o consentimento informado, para terapêutica cirúrgica, para certos diagnósticos, no dia a dia e fazem-no melhor que muitos médicos.

Ou tão bem ou tão mal como alguns médicos o fazem.

Pessoalmente não tenho alguma restrição na cabeça, não tenho qualquer medo.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 107 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: X

♦ Idade: 53

♦ Especialidade: CIRURGIA GERAL

♦ N.º de anos de experiência profissional? 30

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

O consentimento informado?

Tem dois aspectos. um é o aspecto formal, em que há um documento em que o médico e o doente ... hum ... Pausa

Ou o doente e a enfermeira que fazem parte da equipa assina, uma autorização para que o médico, o hospital ou o quer que seja façam o procedimento diagnóstico ou terapêutico, explicando ao doente. Esta é a parte formal do consentimento informado.

Pausa

Pode ter mais interesse, mas não é o mais importante. O consentimento informado é uma parte na relação médico/ doente mais importante, em que se explica ao doente, os riscos, as vantagens, explicar ... hum... Pausa

E que se pretende do doente hum mais do que a autorização é a compreensão do que se vai passar.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

A obrigatoriedade do documento é-me indiferente, a obrigatoriedade do aspecto profissional concordo!

Mas a gente consegue ver a obrigatoriedade do documento, mas não consegue testar a obrigatoriedade do procedimento, da explicação e da obtenção do consentimento informado.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Eu, eu ... hum... Pausa

A explicação deve ser dada por quem deve praticar os actos ... hum... Pausa

Para mim está claro!

Para mim a relação médico/ doente e estou a falar como cirurgião. O cirurgião que vai operar deve ser ele o responsável. A obtenção do consentimento informado pode ser alguém da equipa, não é obrigatório que seja ele.

Nalgumas circunstâncias pode ser até a enfermeira que toma conta do doente, desde que seja este o funcionamento. Pausa

Já estive em hospitais que funcionava assim. Até há hospitais em que tem que ser o médico e a enfermeira para obtenção desse consentimento informado.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

Nenhumas. Já ultrapassei as barreiras do hábito de não fazer isso.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes têm um diagnóstico grave?

Sem ser. Pausa

Sem ser demasiado cruel, dou toda a informação, a informação praticamente toda.

Mesmo tratando-se de neoplasias, eu tento explicar o que se passa.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Relação directa, não quer dizer ... hum ... Pausa

Não concebo uma prática clínica em que as pessoas não saibam o que se está a fazer.

Há situações graves, agudas em que o consentimento informado não é obtido.

Estamos a falar de situações de rotina, é um dos itens da qualidade do serviço prestado.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Quer dizer.

O consentimento informado em si pode não contribuir hum ... Pausa

Mas quando há a preocupação numa unidade de saúde que isso aconteça numa relação médico/doente, significa que há uma grande humanização nos cuidados.

Não quer dizer que os cuidados são mais humanos por se ter obtido o papel ou não.

Agora acho quando há essa preocupação hum ... e não é só a assinatura do papel, isso significa que as pessoas estão preocupadas com a humanização dos cuidados.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Desde que os enfermeiros estejam informados do que se vai passar e estejam integrados na equipa hum ... Pausa

Nem todos os enfermeiros, nem todos os médicos estão preparados para este tipo de atitude, de estarem preparados para este tipo de mecanismo da instituição doente, relação médico/ doente ou o que quer que sejam.

Porque muitas vezes hum ... Pausa

Estamos a falar do acto único da cirurgia, mas a preparação dos actos de diagnóstico, até à cirurgia, não, não é possível vir o médico que vai fazer a angiografia pedir a autorização. Portanto é muitas vezes um procedimento institucional e, e estou convencido que em muitas situações não passa de um acto formal, e que tem o valor dos actos formais, é mais uma assinatura num papel. Salvaguarda algumas situações legais, mas não é o essencial no consentimento informado.

Portanto desde que o enfermeiro, quer dizer ele pode ser maior ou menor consoante o enfermeiro, acho conforme se funcionar em equipa.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 108 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: X

♦ Idade: 58

♦ Especialidade: OFTALMOLOGISTA – ESPECIALISTA – ASSISTENTE
HOSPITALAR

♦ N.º de anos de experiência profissional? 19

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

Para mim o consentimento informado é uma coisa um pouco mal definida. Mas para mim é qualquer acto clínico que se exerce sobre o doente. Pausa

Depois de ele estar esclarecido, depois de se informar o que se vai fazer.

Em que ele dá, o seu, o seu sinal de afirmação ao médico para o fazer.

Se possível com testemunhas.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Sim!

Hoje em dia é essencial.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Acho que será a instituição onde o acto clínico vai ser realizado, feito.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

Muitas vezes a ignorância do doente nos aspectos médicos.

E sobre a urgência ou não de os fazer, são estas as principais dificuldades.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Dou normalmente.

Naqueles doentes que têm dificuldades psiquiátricas ou dificuldades outras não dou.

Nos outros normalmente digo a verdade.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Acho que sim.

Tem que haver uma harmonia entre quem executa o acto cirúrgico, o acto terapêutico sobre o qual vai ser exercido.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Hum ... Pausa

Isso é um bocadinho ... hum ... Pausa

Acho que sim. Pausa

Pelo menos contribui no aspecto em que há uma relação de verdade entre o médico e o doente.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Os enfermeiros têm uma grande importância porque são eles que nos ajudam nos actos terapêuticos.

E portanto a sua presença é indispensável, porque nós dizemos que espécie de acto terapêutico é feito, mas quem executa na maior parte dos casos são os enfermeiros. No que respeita EV, per os, pensos.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 109 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: X

♦ Idade: 56

♦ Especialidade: CIRURGIÃO GERAL

♦ N.º de anos de experiência profissional? 30

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

Bom, o consentimento informado é a informação dada ao doente antes de qualquer acto médico ou cirúrgico, o doente tem que saber o quê, o porquê as consequências e os efeitos secundários que possam ter. e os efeitos benéficos em principio são todos para ter.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Concordo por duas razões, uma primeira ou segunda não sei, por defesa do médico. E outra a defesa do doente. Pausa

Não sabem o que lhes vão fazer e, e sobretudo nestas pequenas ou grandes organizações desorganizadas não sabem o que lhes vão fazer. Não sabem a que é que vão ser operados e quando sabem, não sabem o que lhes fizeram.

Pergunta-se ao doente a que foi operado e a resposta é não sei.

Foi operado ao estômago e o que lhe fizeram e responde não sei.

Podiam não saber os nomes técnicos, mas podiam saber o que lhes fizeram. Não fazem a mais pequena ideia e não tem um relatório a maior parte deles. Assim compromete o doente a saber a sua doença, o médico a explicar o que vai fazer.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Acho que devem ser as partes interessadas, o médico e o doente.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

A pouca informação e formação ... hum ... Pausa

A pouca informação e formação que os doentes tem.

Muitas vezes a pouca outras vezes a excessiva. Esta coisa da Internet traz complicações e pontos negativos.

Às vezes sabem muita coisa, lêem muito e depois ficam baralhados porque se fez aquilo e não isto, não pode Sr!

O médico não fez aquele acto que ele viu na Internet, porque não é a pratica ou não pode ou não deve ser feito. É complicado!

Por isso deve ser entre as duas partes interessadas, o médico e o doente.

O médico sabe o que vai fazer e o doente se tem dúvidas esclarece.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Primeiro falo com a família por norma, se tem família, para saber do ponto de vista pessoal como a pessoa reage.

Pode trazer várias gravidades a maior prende-se com a morte, outras vezes com a mobilidade, com as chatices que pode dar.

Não têm estofo para aguentar aquilo.

Porque não é fácil quando uma pessoa tem um cancro, tem que se dizer que faça quimio ou radio.

Mas há outros tipos de doença que são mais fáceis: AVC, estas doenças mais quem tem que os aturar é a família.

Eu costumo falar com a família para avaliar o enquadramento dele e depois tem que se dizer a ele.

Tem que se dizer ao doente.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Eu acho, que para haver informação traz uma melhoria na qualidade, na relação entre o médico e o doente.

Eu acho que traz melhoria da qualidade na assistência.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Sim, porque vamos lá ver.

Cada um faz o que quer teoricamente.

Cada médico toma determinadas atitudes em função daquele doente e portanto se houver alguma reacção que queria fazer perguntas, pode obrigar o médico a repensar a situação, coisas interventivas, portanto pode repensar.

Mas por norma quando o médico propõe, já pensou nele, não é porque o doente pensou noutra coisa que o médico o irá fazer.

Eu acho que é assim.

Eu acho que é assim, o consentimento informado a nível específico técnico é essencial na boa e humana qualidade clínica.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

É assim.

Depois do médico, quem está permanentemente em contacto com o doente é o enfermeiro.

Portanto ele é que ouve aquilo que muitas vezes não dizem ao médico. Inclusive a raiva desejam no enfermeiro.

Portanto a pesar de tudo são eles que lá estão e que os vão educar.

Alguns até estão desprevenidos, não fazem a mais pequena ideia, que tipo de tratamento vão fazer ou que vão fazer.

Se vão fazer uma colonoscopia, se vão fazer com anestesia, riscos da própria cirurgia, o maioria dos riscos dos exames sem anestesia.

Quando o médico diz são apanhados desprevenidos e é depois o enfermeiro, aqueles que apanham a situação, com quem desabafam e aconselham. Acho que é muito importante.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 110 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 46

♦ Especialidade: ANESTESISTA

♦ N.º de anos de experiência profissional? 24

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

O consentimento informado é a aceitação por parte do doente de determinada técnica, diagnóstico e /ou terapêutico, devidamente esclarecido sobre todos estes procedimentos.

O doente tem o direito de não aceitar aquilo que vai ser feito, depois de devidamente explicado... Pausa

Eu penso que isto acontece quando por vezes os doentes que vão autorizar procedimento e não estão esclarecidos sobre os quais não estão devidamente esclarecidos.

O consentimento informado implica como o nome indica, dizer a informação de dado procedimento.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Sim, concordo.

Excepto em situações de paragem cardio respiratória ou de emergência, onde não há tempo para pedir o consentimento informado. Em todas as outras sim.

Deve saber qual o procedimento, deve conhecê-lo com o grau de explicação consoante o seu nível sócio cultural, adequado ao doente que em consciência dá o seu consentimento informado.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

A pessoa que melhor conhece o procedimento, por ex. o consentimento informado que é dado sobre a anestesia que vai ser realizada, só pode ser explicada pelo anestesista e não pelo cirurgião .

O doente deve perceber até á exaustão o que lhe vão fazer e só depois é que poderá dar o seu consentimento informado, e escolher em consciência a cirurgia, o cirurgião.

Deve partir da pessoa que souber explicar o procedimento que vai ser aplicado, dependendo do seu nível cultural.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

Exactamente arranjar estratégias para explicar ao doente, perante as actuais disponibilidades, rentabilização, contabilização, perante um procedimento que não é rentável.

Numa sociedade em que todos s procedimentos e tempo contam muito em dinheiro.

Explicar ao doente, mas mais do que isso, o risco de omitir as coisas.

Se o doente não tiver um grau de entendimento daquilo que lhe estão a explicar.

Tem que haver uma boa relação entre o interlocutor e o doente, não vai haver uma boa informação.

Eu acho que há dois problemas. Pausa

Um a nossa disponibilidade de tempo, o outro o tipo de interlocutor que temos á nossa frente e que há uma grande variabilidade. Pausa

Em terceiro lugar a falta de preparação da nossa população contrariamente ás outras sociedades. Como por ex. a sociedade americana, para aceitar a explicação de tudo o que lhe vai ser feito.

E muitas vezes a capacidade de poder saber que tem um tumor e que a probabilidade com este tumor é X, e a de sobreviver é Y a nossa população não está preparada para tal.

Por isso tem que se arranjar formas para explicar de forma adequada ao nível do doente.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Dou-lhes a informação que lhes permita decidir sobre a técnica.

Sem lhes criar.... hum ... Pausa

Sem lhes dizer que a situação é, é sem solução.

Nunca direi a um doente o Sr vai morrer. Tento-lhes explicar as possibilidades que o doente tem se ser menos grave.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Acho, acho que ... hum ... Pausa

Um dos parâmetros de qualidade é o consentimento informado ao doente.

Nós não somos donos dos doentes, não somos donos da vontade do doente, somos sim as pessoas que em determinadas áreas sabemos mais do que as outras pessoas.

Explicar estes nossos conhecimentos às pessoas, por ex. uma cirurgia a um aneurisma da aorta num homem de 50 anos tem o risco de 1 a 3% de impotência. Eu acho que um

homem de 50 anos deve saber que tem a possibilidade de ficar impotente de 1 a 3% e tem o direito a optar.

Eu tenho que lhe explicar o risco de romper e morrer é este, o risco de ficar impotente é este. Ele tem o direito de escolher.

Mas isto implica tempo nesta relação médico/ doente.

Na actual sociedade e com as actuais pressões económicas, não há tempo a, há uma despersonalização.

O doente muitas vezes é visto por um médico e tratado por outro. Há uma despersonalização, porque há falta de tempo para o doente poder aceitar em consciência e com tranquilidade e calma.

É preciso explicar, tem a ver com a relação médico/ doente.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Completamente.

Humanização e personalização.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

O enfermeiro é o elo da terapêutica do doente. Há uma vertente da enfermagem hum
... Pausa

Há duas vertentes: a médica e a da enfermagem. São duas vertentes para o tratamento, só quando o doente está todo informado a que vai ser submetido é que haverá a decisão.

O consentimento informado que deve ser elaborado pelas pessoas que estão envolvidas no processo do doente, o enfermeiro deve estar incluído e participar.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 111 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: X

♦ Idade: 65

♦ Especialidade: CARDIOLOGISTA

♦ N.º de anos de experiência profissional? 40

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

O consentimento informado é mais do que informar o doente, vai para além disso.

Pausa

O médico deve falar da sua experiência como cirurgião e não dizer as percentagens ou as estatísticas. Nos EUA o risco é X, mas ele pode só ter feito duas cirurgias, ou então da sua experiência nessa cirurgia teve uma ou duas complicações. Pausa

O médico devia informar da sua experiência a fazer aquela cirurgia e os seus casos de sucesso e não a estatística que ele conhece.

Não há honestidade da parte dos médicos. Portanto é difícil falar assim de consentimento informado e porque é que só se fala da cirurgia e não da medicina?

O consentimento informado é mais para a cirurgia do que para a medicina.

O doente pode correr bem e não ter complicações, mas da parte da medicina, da parte cardíaca pode ter. e quando assinou o papel do consentimento informado, foi para aquela cirurgia onde estava especificados os riscos e ele teve um problema cardíaco.

E se houver um problema com a medicação, um erro, como é?

E devo explicar a medicação também, mas ele não percebe nada do que se lhe está a dizer.

O consentimento informado passa pela relação médico/ doente, é uma relação de confiança mas sobretudo de honestidade para com o doente. E 95% dos médicos não dizem ao doente as complicações que tiveram.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Não.

Claro que não. E mais o consentimento informado não serve de nada, não defende o médico no tribunal. E não ajuda a detectar má pratica, essa fica oculta.

Não acredito que os meus colegas façam algo propositado ao doente para ele não beneficiar com o tratamento.

O doente assina um papel e fica descansado e sobretudo o médico também. Mas isto não serve de nada, não o protege.

Os doentes queixam-se sobretudo não do tratamento que lhes são feitos, mas sim da maneira como os médicos o tratam, da forma como os atendem.

Acusam da morte da mãe, porque não queriam que esta morresse.

Mas nunca têm bases técnicas. Passa sobretudo pela relação médico/ doente, que se estabelece da relação de confiança da parte do médico. Este só por os ouvir é bom médico e às vezes é uma nódoa. Pausa

É triste, mas é verdade!

Nós não podemos colocar a realidade dos EUA em Portugal.

Temos que ver a população que temos e a saúde que temos. É triste mas é assim.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

O médico.

De uma forma honesta baseando-se na sua honestidade profissional.

Tive X sucessos e Y complicações.

Passa pela relação médico/ doente e na sua confiança que o doente deposita neste e na honestidade que este tem que ter e esta honestidade não existe e quase nunca anteriormente existiu.

O consentimento informado tem que ser o mais do que uma estatística, é uma realidade profissional, de experiência profissional do médico até hoje só conheci um médico que dizia, olhe eu tive estas complicações em 100 doentes, ou eu não tenho experiência nessa cirurgia. Esse indivíduo até já morreu. É assim. Pausa

E mais o médico explica ao doente o que vai ser feito, não há uma participação do doente no tratamento. Este não pode discutir com o médico daquilo que não percebe.

O médico é que decide e pronto!

Ou aceita ou não aceita.

Esta participação do doente na decisão é mentira, não pode , nem deve existir, é assim!

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

Os médicos não informam. Pausa

É tudo como eu já lhe disse.

Os médicos enganam e não são honestos para com os doentes. Não falam da sua taxa de insucessos, escondem do doente e dos colegas.

Os doentes por muito bem informados que estejam não percebem.

Isto tudo passa por uma relação médico doente baseada na honestidade do médico.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Que tipo de importância tem essa informação para o doente?

Temos que sobretudo informar a família, esta deve saber de tudo, a verdade do que se está a passar, essa sim!

Podemos escolher um familiar e a esse informar de tudo.

Pode parecer mal o que lhe vou dizer, mas é assim!

Depende do tipo de doente que nós temos á nossa frente.

Se é ou não importante, se tem grandes encargos sobre ele.

Ele tem que ter tempo para resolver os negócios, resolver a sua vida, a sua família.

Eu nunca tiro a esperança, digo a verdade de forma a não retirar a esperança.

Eu lembro-me de um doente que tinha um neo do estômago com metastases hepáticas.

Mas não lhe foi dito totalmente a verdade. Quando falei abertamente e lhe respondi ás suas perguntas, conseguiu pela primeira vez dormir. Pausa

Até me dizia olhe já tenho mais um nódulo, mas estou descansado, já estou descansado.

E morreu em paz.

Depende da relação médico/ doente, mas sobretudo do tipo de doente que temos á nossa frente.

E temos que ser honestos para com os doentes que tem encargos, isso sim!

Mas olhe nunca digo o Sr só tem dois dias de vida, digo-lhe olhe pode ter complicações grandes na ordem dos 90%, e pode morrer, é dito de uma forma mais ou menos, se é que é possível.

Noutros casos engana-se o doente, eles querem ser enganados e nós entramos nesse jogo, num jogo de esconde/ esconde.

É mau, mas é assim!

É assim!

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Não, se o doente tem confiança no médico, nem vai falar no consentimento informado, diz faça como melhor entender.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Não. Porque é muito dependente da relação médico/ doente.

O médico até pode estar enganar o doente com caracter humano. Pode enganar o doente e pode ser um sentimento muito humano em relação ao doente.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Lamento Sr. Enf. Pausa

Não!

As enfermeiras tem um determinado papel, mas não devem meter-se nisso. Não há nada que dê mais desconfiança do que isso.

Eu tenho um ideia muito diferente indicações actuais.

Esta ultima que querem que orientem os enfermeiros os diagnósticos e terapêutica, não concordo!

Uma enfermeira quer dar orientação terapêutica ou diagnóstico o melhor que tem que fazer é tirar o curso de medicina.

A maior parte do trabalho das enfermeiras são os cuidados de assistência médica. Devia de haver dois tipos de enfermeiras umas que era pedido o 5º ano do liceu e depois ia para o curso para fazer o trabalho de enfermagem. Pausa

E outro o 11ª ano e depois dos 3 anos, onde aprendiam a ser enfermeiras, estas poderiam tirar a especialidade ou iam para a administração para chefiar um grupo de enfermeiras. Não posso aceitar o que aconteceu no meu tempo em que o Galhordas promoveu tudo ao mesmo tempo, as enfermeiras ficaram todas iguais.

Eu prefiro um a enfermeira com a 4ª classe, são mais rápidas do que as doutoradas.

Daqui a pouco também os homens do lixo tiram um doutoramento!

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 112 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: X

♦ Idade: 48

♦ Especialidade: CIRURGIA GERAL

♦ N.º de anos de experiência profissional? 25

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

O que é para mim o consentimento informado?

É a solicitação ao doente de uma forma esclarecida. Pausa

A autorização para fazer um procedimento médico.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Com a obrigatoriedade? Pausa

Sim, desde que esteja consciente e colabore.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

É discutível, pode ser toda a equipa que ali trabalha.

Numas situações pode ser o médico, noutras a enfermeira.

Se estiver num consultório é o médico, se estiver a trabalhar sozinho.

Numa unidade pode ser por ex. perfeitamente a enfermeira.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

Esclarecimento do doente ou falta de esclarecimento do doente.

E o facto de não ser muito habitual, faz com que hum... Pausa

Muitas vezes se transforme quando há este consentimento informado, um doente fica com alguns temores.

Por isso mesmo por não ser habitual.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Depende do tipo de doente.

É bom que a gente tenha um diagnóstico grave a um doente que a gente já o conhece bem. Porque ... hum Pausa

Isso é o ideal, não é?

Se a gente conhece o doente, a gente sabe o que o doente quer saber.

Entretanto se ... hum ... Pausa

Depende do tipo de doente, há aquele que não querem saber ... hum Pausa

É sempre bom que o doente vá sabendo alguma coisa, até porque há alguns sacrifícios entre aspas. São muito mais bem aceites se tiverem esclarecidos.

Por outro lado, há efectivamente outros doentes que vivem sozinhos, outros que tem uma responsabilidade social, que tem que saber o que tem. E são estes os que normalmente perguntam.

E há outros que felizmente ou infelizmente negam até ao final da vida o diagnóstico.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Hum, não obrigatoriamente.

Um critério de qualidade num serviço não pode ser a prática do consentimento informado, é muito mais abrangente.

O consentimento informado melhora a qualidade quer da prática quer do serviço.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Se for alguém , por alguém experiente e por uma equipa experiente, sim!

Se for entregar o papel e responder a isso ou assinar aqui, é evidente que não contribui.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

A mesma que eu disse atrás.

Se forem situações feitas numa unidade ou num serviço ou situações e enfermagem. Porque é assim o consentimento informado mesmo que não seja muito formal, o enfermeiro tem a prescrição de uma terapêutica EV ou IM, pode fazer o consentimento informado ao doente, embora menos formal. Eu agora vou dar-lhe uma injeção e porquê.

Num contexto de uma equipa, pode ser o enfermeiro por ex. numa unidade a enfermeira pode explicar ao doente que vai fazer uma coroniografia, dá o papel para perceber, explica.

A enfermeira pode e deve participar.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 113 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: X

♦ Idade: 65

♦ Especialidade: CIRURGIA GERAL

♦ N.º de anos de experiência profissional? 38

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

O que é para mim o consentimento informado?

Espera lá!

Eu posso estar a dizer um grande disparate. Mas acho que o consentimento informado tem a ver com a actividade em equipa que todas as pessoas funcionem de acordo, em equipa, no qual está inserido o doente.

Eu acho que há determinados protocolos que não é preciso, estar sempre a explicar, a enfermeira pode fazer, se bem que hoje em dia não se assiste a isto.

Eu acho bem porque nos defendemos.

O consentimento informado isto é toda a gente chegar a um consenso, onde é explicado ao doente tudo, todos os pormenores.

Têm que haver um consenso, na equipa estarem todos sintonizados.

Mas por ex. quando eu pergunto Sr. Enf. porque não fez treino de marcha ao doente, ela diz e bem porque não está escrito na pasta, isto se entra num protocolo, não é necessário.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Aí, eu concordo com a obrigatoriedade.

Mas tenho que dizer com toda a franqueza que depende com quem se trabalhe.

Porque eu acho que acidentalmente que há pelo menos em certos casos em que não se pode aplicar o consentimento informado, expliquei-me bem?

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Para mim terá que ser o director de serviço.

Bem acho que na nossa prática médica actual, acho que podia ser o médico que efectivamente.... hum ... Pausa

Embora quem esteja mais em contacto com o doente é a enfermeira, mas deve ser o médico.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

Para já o nível cultural, os casos psicóticos, do tipo de patologia, do tipo social que não aceitam.

E muitas vezes as enfermeiras porque estão mais em contacto com o doente eles reagem mal.

Eu acho que os doentes hoje estão mais agressivos que antigamente.

A primeira é, é um pouco feio, mas é o estrato social do doente, quando digo o estrato social é o grau intelectual do doente.

Há doentes muito difíceis, tem que se explicar muito devagarinho, de forma muito mastigada, o que se pretende.

Porque como se sabe há doentes que aceitam mal determinado tipo de doença.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Vou-lhe dizer a minha opinião pessoal, eu acho sinceramente que os doentes embora digam sim, não gostam de saber o que têm.

Isto quando os prognósticos são muito fechados.

Acho que sim, mas não querem saber.

Enquanto à vida há esperança.

Portanto nas situações muito graves, diagnósticos fechados, não sou partidário que se diga ao doente.

Faço uma ressalva, há doentes que nós não temos o direito de omitir isso.

A sua vida privada necessita de saber, estar a falar de certas pessoas que até pode ser uma catástrofe para certas famílias.

Na maior parte das vezes deve ser dito devagarinho e com grande ponderação e falar com a família.

Eu acho que ninguém gosta de chegar a um doente e dizer-lhe: olhe você tem uma neoplasia e vai morrer daqui a um mês. Ninguém aceita isto, embora muita gente diga que sim.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Acho, acho.

Quanto melhor for a prática clínica, melhor será o consentimento informado.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Acho, acho.

Em tudo!

Porque quando uma pessoa caí num hospital caí num sitio totalmente estranho.

Sobretudo quando é uma situação prevista, o doente vai-se mentalizando para essa situação.

Numa situação crónica um doente que viveu 50 anos, quando caí num hospital é o caos. É um choque.

Se houver na prática, a conversa, a informação, o apoio é mais fácil.

Muitas vezes o doente diz não vejo o médico há um mês e ele viu-o á uma semana. O doente sente-se isolado, por isso no sentido de falar com as pessoas, com está, como se sentem.

O consentimento informado é melhor para o doente.

Se num diagnóstico grave muitas vezes eu falo com a enfermeira e digo-lhe que explique a pouco e pouco o que ele tem.

Por isso o consentimento informado é muito mais.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Acho que devem participar.

Os enfermeiros tem mais contacto com o doente nas 24h do que o médico.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 114 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: X

♦ Idade: 44

♦ Especialidade: CIRURGIA GERAL

♦ N.º de anos de experiência profissional? 17

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

É uma autorização para um procedimento médico quando têm algum risco, após o doente ter sido esclarecido em relação às vantagens e desvantagens dessa técnica e das técnicas alternativas.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Quanto à obrigatoriedade?

Concordo.

Tem desvantagens, tem algumas desvantagens. Mas hoje em dia, não há outra forma de praticar a medicina.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Eu acho que a aplicação deve ser. Pausa

Em gestos, em gestos que estão padronizados o médico ou os profissionais de saúde, em gestos que não estão padronizados na cirurgia. Pausa

O médico por ex. no cateter central. Pausa

O médico ou outro profissional de saúde.

Deve ser o profissional que executa o gesto a obter o consentimento informado.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

A dificuldade que eu encontro é o ... hum ... Pausa

O doente achar que nos estamos a dividir a responsabilidade com eles, é isso!

Achar que como estamos a dividir a responsabilidade com ele, reage mal.

É esse de facto.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Eu quando tenho um doente com um diagnóstico grave a primeira informação que dou é vaga, ligeira.

Quando tem um neo do pulmão, não digo que tem um cancro, digo que tem um problema grave no pulmão e que vai ser tomadas medidas terapêuticas.

E depois deixo que o doente tome a iniciativa para fazer perguntas.

Há doentes que não querem saber de mais nada. E há doentes que fazem perguntas até à exaustão.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Acho que há uma relação pequena, acho que o consentimento informado tem alguma relação com a qualidade, na medida que o doente é tratado de uma forma personalizada. Mas o consentimento informado é visto pela grande parte como protecção legal para o médico, que executa o exame, aí tem um papel menor na qualidade.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Acho que não.

Não contribui porque os doentes ... hum ... Pausa

Porque há uma grande parte dos doentes. Pausa

O consentimento informado obriga-nos a tratar os doentes todos por igual, não nos deixando tratar os doentes de uma forma habitual paternalista, mas que vai mais ao encontrada necessidade de protecção do doente. Ao serem discutidos com ele, detalhados com eles, ficam desconfiados.

Há outros doentes que pesquisam na net e querem saber tudo, para esses é difícil explicar.

Mas a grande maioria fica desconfiada.

Em termos de humanização não contribui, porque obriga-nos a tratar todos por igual, e há um grupo de pessoas que não beneficiam com isso.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Na informação, a, a deve ser , se for, se for um enfermeiro que tiver experiência na área em questão. Eu acho que têm um papel muito importante, porque às vezes os doentes confiam mais nos enfermeiros do que em nós médicos.

Mas continuo a dizer que há um grupo de doentes que não gostam que se divida a responsabilidade com eles e desconfiam tanto dos enfermeiros como dos médicos.

Não pensam que a decisão é deles, dizer que não quer é mais fácil, que a culpa é do médico.

Em termos de informação há vantagens dos doentes confiarem mais.

Há um grupo de doentes que se a informação for dada pelo assistente, ou o enfermeiro não aceita, só pelo cirurgião principal.

Às vezes é mau para o enfermeiro, porque não confiam nas outras pessoas. Portanto quando um membro da equipa médica, um assistente, um enfermeiro que não tome a decisão final, não aceitam.

Hum ! E depois confrontam as várias opiniões da equipa. Pausa

Quando se toma a decisão o enfermeiro fornece a informação que tem que ser em consonância com a equipa, com todos e nem todos podem dar informações aos doentes, porque para não haver contradição.

A informação pode dar o enfermeiro se for, se houver consenso na equipa médica, de saúde e padronizada.

Em, relação ao consentimento informado, acho que o consentimento informado deve ser obtido e realizado pela pessoa que faz o gesto.

Nem é pela pessoa mais velha ou com mais experiência é quem executa o acto.<, o gesto pessoalmente.

Há sítios como os EUA em que o enfermeiro dá o consentimento informado, mas lá também há pessoas muito especializadas na equipa de saúde, não é como cá.

Cá não deve ser nem pelo enfermeiro nem pelo assistente, mas sim quem faz o acto médico.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 115 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 49

♦ Especialidade: CIRURGIA GERAL

♦ N.º de anos de experiência profissional? 22

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

É o acto que o doente têm que assinar depois de se ter explicado os riscos do acto médico.

O doente consente a sua cirurgia ou tratamento depois de ter sido informado.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Concordo.

Concordo porque penso que é uma atitude que protege o médico e o doente.

Protege o doente porque sabe os riscos e benefícios que podem advir. E protege o médico porque o doente sabe, é informado e consente a sua decisão.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

O médico do doente ou a equipa médica do doente.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

Não tenho encontrado muitas.

O consentimento informado se for como lhe disse consentimento informado bem explicado e pedindo apoio à família, não há problemas.

Caso contrario pode assustar o doente.

O doente pode achar a situação perigosa, se não for bem explicado, pode ficar receoso, ansioso e ver riscos que na realidade não existem.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Eu nunca ... hum ... Pausa

Eu ao doente nunca lhe dou a nua e crua informação, dou sim à família.

Ao doente mostro-lhe sempre uma luz ao fundo do túnel, dou-lhe esperança.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Não, porque a qualidade na prática clínica não tem a ver necessariamente com o consentimento informado. Pausa

Há muita qualidade na pratica clínica que não necessita de forma alguma do consentimento informado do doente.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Não sei se pode contribuir, depende da forma como é exposto ao doente a informação.

O consentimento informado é uma moeda de duas faces.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

O enfermeiros podem participar no consentimento informado. Pausa

O consentimento informado como é da responsabilidade do médico, têm um papel muito importante no consentimento informado ao esclarecer, informar e na relação médico/ doente.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 116 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino X Masculino: _____

♦ Idade: 42

♦ Especialidade: CIRURGIA GERAL

♦ N.º de anos de experiência profissional? 25

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

O que é para mim o consentimento informado?

É um documento que protege os dois lados da questão, seja o médico seja o doente.

O doente tem o direito de ser completamente informado do que se vai ser feito e ambos devem assinar.

Para ambos terem a certeza, um que foi esclarecido e o outro que esclarecemos. E acho que é obrigatório em qualquer acto, que actue na integridade do doente, com a pele, tudo o que interfira.

É bom para os dois lados.

Deve-se esclarecer tudo o que o doente quer e por outro lado proteger.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Sim.

Porque é protectivo para os dois lados.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Quem vai proceder ao acto?

Acho que sou eu!

Como a pessoa vai ser responsabilizada no fim, então que seja ela a pedir o consentimento informado. E também deve ter o direito de fazer perguntas mais específicas ao interveniente, a quem executa o acto cirúrgico.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

Eu pessoalmente não tenho tido grandes dificuldades nisso. Tenho tido algumas dificuldades na investigação em que tenho que retirar liquor por ex. e não há vantagem para o doente..

De resto não tenho de maneira nenhuma dificuldades.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Tento dar a dimensão sem drama da situação. Pausa

Porque para já tenho medo de não ter a colaboração deles quer no tratamento quer na cirurgia.

É importante a dissecação do problema para a aceitarem o número de tratamentos e de consultas.

Para isso é importante eu dar-lhe toda a informação, porque se não lhes der por via da Internet eles vão saber. E perdem a confiança em mim e não vem mais

Eu acho que devo informar com cuidado, tendo em conta a personalidade do doente e ir tão longe quanto o doente quiser.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Eu penso que a nossa perspectiva em relação ao consentimento informado é mais protecção, do que propriamente a maior qualidade.

É obvio se a pessoa tiver que esclarecer o doente é um assunto mais estudado, não vai às cegas, não é experimentar chamemo-lhe assim. Vai ter que explicar o que vai fazer.

Enfim é tão protectivo para os dois lados.

Melhora a qualidade claramente.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Responsabiliza mais o médico e esclarece mais o doente, portanto acho que sim.

Mas veja eu tenho dois anos de prática em Inglaterra, em que não se espetava uma agulha sem pedir o consentimento informado, sem um papel assinado e portanto estou um pouco mais deformada nesse sentido.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Eu penso que será claramente a primeira abordagem se for um acto imediato.

Mas quando for cirurgia, exame invasivo deve ter acesso ao médico logo a seguir à enfermeira o ter esclarecido.

Numa primeira fase de preparação a enfermeira para o doente depois chegar ao médico e colocar dúvidas e assinar o papel.

Para primeiro ficar mais esclarecido e depois o médico para as últimas perguntas.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 117 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: X

♦ Idade: 64

♦ Especialidade: CIRURGIA GERAL

♦ N.º de anos de experiência profissional? 40

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

O que é o consentimento informado?

É a informação que se dá aos doentes antes de qualquer acto médico. Explicando as vantagens e riscos que esse acto comporta.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Não. Porque a noção que eu tenho é que não é suficientemente informado para evitar as razões que o levam a ter um efeito médico ou legal em sede contenciosa.

E da experiência dos EUA, onde nasce o consentimento informado, acho que varia consoante o grau de educação do doente.

Haverá doentes em que será importante, noutros não!

A obrigatoriedade acho um pouco excessivo.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

Quem?

O médico assistente do doente.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

Basicamente aquelas que disse à pouco, o grau de educação do doente.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

A tradição dos países latinos e em Portugal está incluído não ser perfeitamente claro e científico.

Que seja sugestiva mas não alarmante.

Nos países anglo- saxonicos onde a tradição, a tradição é mais normal, dar uma informação clara, precisa e fria.

Entre nós, não é norma. Dá-se uma informação suficiente, mas não aguçada.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Não acho que não.

Têm-se a noção que o consentimento informado é uma, uma ideia nova.

É nova no sentido de ser expressa, de ter alguma importância médico – legal, mas sempre existiu.

Desde que a relação médico/ doente existe, existem informações do que se fazia.

Nunca houve uma aceitação cega. Pausa

O consentimento informado versus qualidade, uma coisa não passa pela outra.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Acho que sim.

Torna a relação mais humana entre o médico e o doente, mais íntima, mais ventilada e isso torna o acto mais humano e menos técnico.

Actualmente é que muitos doentes não têm qualquer relação pessoal com o médico, nem em relação à sua própria doença. E isso é grave, é grave!

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Acho que devem ajudar o trabalho do médico. O médico deve assumir o consentimento informado. Mas os enfermeiros devem coadjuvar o consentimento informado.

Sobretudo com os doentes com um grau cultural mais baixo, por vezes o que parece muito claro para os médicos para os doentes não é e os enfermeiros podem explicar melhor ao doente, aquela informação, o conteúdo.

Muitas vezes ficam com dúvidas e não as põem, porque ficam com um certo acanhamento e com maior facilidade põe ao enfermeiro, porque têm uma relação mais próxima.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 118 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: X

♦ Idade: 53

♦ Especialidade: CIRURGIA GERAL

♦ N.º de anos de experiência profissional? 30

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

O que é o consentimento informado?

É uma autorização dada pelo doente, depois de esclarecido da situação clínica, quer em relação aos medicamentos ou das cirurgias.

O doente tem que dizer se aceita ou não fazer os exames complementares ou outras técnicas invasivas.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Concordo.

Porque antigamente punham tudo na costas do médicos e enfermeiros. Eles eram os culpados de tudo.

O doente tem que ter a noção da doença, dos riscos que corre, dos benefícios que pode tirar.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

O médico.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

A cultura do doente, fundamentalmente. Pausa

A cultura da população, porque muitas vezes, quando se pede o consentimento informado para uma colonoscopia, eles pensam que correm logo riscos e por isso é que se lhes estão a pedir que assinem.

Acham que o médico é que tem que saber tudo. E quando pedem o consentimento informado é porque o médico tem dúvidas e não sabe o que vai fazer.

Acho que é cultural.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Digo o diagnóstico sem tirar a esperança.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Não necessariamente.

Porque não acho que exista relação, pode haver qualidade clínica sem consentimento informado.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Acho que sim.

Claro que sim.

Porque quando se fala do consentimento informado, já obriga a um dialogo entre o doente e o médico. Pausa

Mas não faz sentido só haver humanização com o consentimento informado, mas sim em tudo. Há muitos médicos que não falam com os doentes porque é a despachar e consentimento informado poderá ajudar, depende também de quem aplica o consentimento informado.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Depende das situações.

Em relação às técnicas invasivas é fundamental.

Dá apoio ao médico, ao estarem os dois em consonância é fundamental.

Os doentes abrem-se um bocado mais com os enfermeiros, é mais um reforço da informação.

E até os doentes percebem melhor a informação dada pelos enfermeiros do que com os médicos.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 119 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: X

♦ Idade: 50

♦ Especialidade:

♦ N.º de anos de experiência profissional? 27

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

Está um bocado nas palavras, é ... hum ... Pausa

É a autorização que o doente dá para que se faça determinados procedimentos depois de ter conhecimento da forma de realização do procedimento, quais os riscos desses procedimentos, desvantagens e vantagens do mesmo.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

Sim.

Porque é uma segurança para o profissional no sentido em que ... hum ... o doente não pode alegar no caso haver algum efeito secundário, ou complicação ou algum efeito desajustado, que o procedimento não teve conhecimento.

Não pode acusar o médico de não ter atingido os objectivos. Pausa

Quanto ao doente é bom, porque está mais informado ... hum ... daquilo que se vai sujeitar. Das vantagens e riscos que pode ter.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

O profissional que vai realizar o procedimento, eventualmente se o texto for explícito ... hum ... Pausa

A técnica, os efeitos secundários, a estatística da eficácia ou não, pode ser outro profissional de saúde, desde que saiba explicar de forma adequada.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

O baixo nível cultural da nossa população que leva que as pessoas não compreendam o texto, ou a explicação que às vezes pode ser complicada.

E por outro lado a falta de hábito de haver o consentimento informado, leva as pessoas a assustarem-se e acharem se nos pedem para assinar isto pode ser mau. E então não quero sujeitar-me à cirurgia.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Digo-lhes que não é uma situação linear, que implica cuidados, não lhes digo o diagnóstico, não vou ao pormenor do diagnóstico ou prognóstico ou das consequências.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Sim.

Precisamente pelo facto do doente quando se sujeita a determinados procedimentos, vem mais tranquilo.

Para o médico também têm outra tranquilidade, porque está a lidar com alguém que já tem conhecimento do contexto em que se vai desenrolar.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Não obrigatoriamente.

Pode até de alguma forma tornar-se desumano em determinadas situações.

Porque como eu lhe digo há situações hum ... para salvaguardar o médico, deve pondera-se sempre muito, deve-se directo e linear no que se diz. E isto pode ser desumano ou cruel para o doente.

Por um lado há a vantagem do doente estar informado. A desvantagem é quando se fala friamente e a pessoa não está preparada para a quimioterapia por ex. Pausa

Uma coisa é o doente saber que vai ser operado e é para ficar melhor. Outra coisa é dizer como se faz na América: « olhe tem cancro».É, pode ser difícil de encara para o paciente.

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

Pode coadjuvar a informação dada pelo médico.

Ajudar a esclarecer melhor, no caso do doente ter dúvidas e o médico não ter disponibilidade.

O médico faz a primeira abordagem, na seguinte o doente com dúvidas, o enfermeiro se estiver dentro do assunto pode esclarecê-lo.

Pode contribuir.

Guião da entrevista - MÉDICOS

Entrevista N.º 120 Data _____ Hora: ____ Duração aproximada: _____

Local:

Dados do entrevistado:

♦ Sexo:

Feminino _____

Masculino: X

♦ Idade: 60

♦ Especialidade: CIRURGIA GERAL

♦ N.º de anos de experiência profissional? 36

Questões para a entrevista:

1 – O que é para si o consentimento informado?

Há aqui dois aspectos que temos que ir mais fundo. Pausa

Primeiro o consentimento informado visa respeitar as preferências dos doentes face às alterações que se propõe tendo em vista a sua autonomia. Pausa

Versus um conceito de paternalismo que era o que... Pausa

Antigamente predominava e que em certas áreas e enquadramento sociológico se pode aceitar ou não que exista.

Tendo sempre em vista que está sempre presente o bem do doente.

O paternalismo também tem presente isso.

Na situação dos tempos modernos com a capacidade de informação, compreensão mais alargada por parte dos doentes é o que predomina.

Que é o respeito pela autonomia e tendo em conta as preferências do doente às alterações que se põe uma vez informado da situação clínica, as propostas terapêuticas e prognósticos.

2- Concorda com a obrigatoriedade do consentimento informado?

A a depende destes dois pontos que eu falei, há aqui um ponto que é falso que é essa ideia que há uma folha e que o doente assina. Isto não é nada!

Tem um valor legal discutível, mas isso era a maneira cómoda de ilibar o médico sem mais nada. Não é isso o consentimento informado.

Pode ter uma formalização desse tipo, mas não acaba aí. Esse é o ponto!

Implica uma explicação, um contacto ao longo do tratamento, para ter a participação do doente, mas, mas...hum... Pausa

De contrário é aí que vão surgir os problemas.

Porque da minha experiência profissional como director da urgência, é que os grandes problemas que existem são de natureza pessoal, de relações entre as pessoas. E não de erros técnicos, não quer dizer que não houvesse mas os doentes não percebiam as queixas mais de 90%. É do contacto humano!

O problema do consentimento informado não se esgota com o papel que se faz, mas sim no acompanhamento do doente até á alta. Mantém-se uma informação que possa trazer a colaboração do doente para as opções a tomar.

Isto é que é importante neste contexto.

3 – Quem deve proceder à aplicação do consentimento informado?

O médico assistente do doente, isto é muito importante!

Dou-lhe um ex. eu tinha um doente que recorreu á urgência com icterícia obstrutiva, o doente era estrangeiro, do Brasil e despoletou-se o seguro. Pausa

Bom, telefona-me o médico da companhia de seguros a dizer-me porque é que eu não fazia isto ou aquilo.

Bom, passei-me e disse-lhe que não tinha nem idade, nem currículo para fazer medicina tutelar.

Tive que por o problema ao doente e á família e propus-lhe uma CPRE e em conjunto tomei, tomamos a decisão.

Mas fui eu e não o idiota do meu colega dos seguros.

Quem tem que assumir o consentimento informado, fui eu e o doente e a família que eram pessoas esclarecidas. Portanto o médico, o doente e a família.

Têm que ser o médico assistente com condições de dialogo com o doente, perfeitamente em ambiente privado.

Isto porque eu embirro quando estão os enfermeiros especados a ouvir a conversa que estamos a ter com os meus doentes.

O enfermeiro está para colaborar, não para isto!

Isto vem da sensibilidade do enfermeiro. Se estes vem da escola mais velha é melhor. É muito pessoal.

4 - Na sua opinião que dificuldades encontra na obtenção do consentimento informado?

Que dificuldades?

Eu divido em duas partes: a informação e o consentimento.

As dificuldades podem estar do lado de quem informa e do lado de quem consente.

Da parte que nos toca o médico.... Pausa

Há três hipóteses que são ou há a Americana em que se diz tudo à bruta ou a maneira de maior prudência, limitar as coisas informando.

E uma terceira que se dá a informação à medida da pessoa de modo a que se permita, a que o doente tenha uma ideia mais aproximada do real, com uma abordagem dos meios técnicos daquilo que se passa, para não defraudar o que vem a seguir.

Afinal têm que perceber a situação que vai surgir com uma, com termos, uma abordagem que lhe permita perceber.

Até porque a informação excessivamente técnica, não leva a nada, confunde.

E porque até o doente pode ter a sensação que o estão a enganar.

Como é um processo contínuo, implica este consentimento informado com um acompanhamento, que vão surgir dúvidas, perguntas que na altura o doente não levantou.

Porque não tinha o espírito tranquilo para o fazer.

Este é um processo que ultrapassa uma mera formalidade, legais.

5 – Que tipo de informação dá aos seus doentes quando estes tem um diagnóstico grave?

Que tipo de informação?

É o que disse para trás.

A informação deve ser o mais próximo da realidade, numa perspectiva positiva, para ganhar a colaboração e bom estado de espírito a seguir.

São os dois parâmetros que condicionam caso a caso. O que é uma coisa que é real ter a colaboração do doente, vontade de ultrapassar o obstáculo e ter esperança no resultado.

Sem criar falsas expectativas.

É muito difícil isto, é aquela terceira posição intermédia de caso a acaso, para preparar mais tarde. Não esquecendo a esperança.

6 - Fala-se da qualidade na prática clínica, acha que há uma relação entre esta e o consentimento informado ?

Tem.

Tem relação, por isto. Pausa

Porque a prática clínica implica uma participação do doente nas decisão e implica uma qualidade dos actos clínicos prestados. Com o factor técnico e de relacionamento.

O factor de relacionamento liga-se com o consentimento informado, é pressuposto o continuum consentimento informado.

7 - Acha que o consentimento informado pode contribuir para a humanização dos prática clínica? Comente.

Humanização da prática clínica é outra questão. Pausa

É uma questão que se prende com a qualidade hum ... Pausa

É evidente um dos factores importantes quando se fala da humanização, fala-se do falhanço, porque não se tinha que falar desta, se não estivesse lá! É porque se falhou.

E porque a pratica clínica não está humanizada.

Há um ponto a ter em conta, é quando se hipertrofia a vontade do doente. As pessoas tem direitos e defendem os seus direitos, consensuais e imaginários.

E a passagem para os imaginários é muito fácil e rápido. E o médico é um instrumento da decisão do doente, família, estado e seguradoras.

Isto também é desumanizar a medicina.

Eu ganhei o prémio Azevedos da humanização da medicina. Mas isto tem a ver com muitas coisas, com a educação do médico e do doente. Depois há as circunstâncias.

Quando entre o médico e o doente, interferem terceiros, há desumanização, até o estado é um factor de desumanização, que põe em causa o acto médico.

Como um homem que procura ajuda a outro homem e que o considera como qualificado.

Portanto a humanização é isto tudo!

8 - Na sua opinião qual deve ser o grau de participação dos enfermeiros na informação e no consentimento informado aos doentes?

É muito simples no seu âmbito de trabalho, naquilo que lhes diz respeito. Se não são factores destabilizadores na informação do doente para com o médico.

Tenho que dizer que não pode haver na informação no consentimento informado uma mistura tão grande, porque se baralha muitas coisas.

O erro da enfermagem em Portugal é brincar aos medicozinhos. Se eles se debruçassem na sua matéria, com metodologia de investigação, tinham todo o direito de entrar num nível superior nas Universidades.

Agora não é fazer-se pequenas abordagens do que é dado na Medicina.

A enfermagem não tem razão para ser nível superior.

U.T

O C.I DA PRESPECTIVA DA FAMÍLIA NA ASSISTÊNCIA
PÚBLICA

CATEGORIA: SIGNIFICADO

SUBCATEGORIAS	UNIDADE DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ UTLIDADE	E1É uma mais valia E9 Acho bem . E9 Que deve ser. E1Sim. E1 sim E4 acho que sim E9 Sim. E8 Sim. E11 – Eu acho bem E11– Eu acho bem E12 Sim E13 Sim	49	14

	<p>E14 Sim</p> <p>E14 sim</p> <p>E9Ajudou-me muito.</p> <p>E11 Ajuda,</p> <p>E11 ajuda.</p> <p>E11 Desde que a pessoa tenha alguém que a ajude nestes momentos.</p> <p>E12 Ajuda completamente.</p> <p>E13 Ajuda sem dúvida</p> <p>E3 Não ajudou</p> <p>E1Sim,</p> <p>E1sim,</p> <p>E2 Sim aos pacientes ou aos familiares.</p> <p>E3 Sim.</p> <p>E4 Acho que sim</p>		
--	---	--	--

	<p>E5 Sim.</p> <p>E5 Isso sim.</p> <p>E6 Claro, com certeza.</p> <p>E8 Muito.</p> <p>E10 Essencial.</p> <p>E11 Sim,</p> <p>E11 acho útil.</p> <p>E7 Eu acho que sim.</p> <p>E12 Sim, claro.</p> <p>E13 Sim.</p> <p>E13É útil</p> <p>E14 Eu acho que sim</p> <p>E14 É útil.</p> <p>E14 Eu acho que têm.</p> <p>E14 Eu acho bem,</p>		
--	--	--	--

	<p>E15 Sim</p> <p>E2 mas para a minha mãe, foi importante</p> <p>E1 muito.</p> <p>E3 Muito útil.</p> <p>E9 Muito útil.</p> <p>E10 Muito,</p> <p>E10 muito útil.</p> <p>E13 e devia ser obrigatória.</p>		
♦ INFORMAÇÃO	<p>E1 prá gente estar dentro dos assuntos do doente.</p> <p>E4 Esclarecer pronto!</p> <p>E4 Esclarecer.</p> <p>E4 Pôr as pessoas a par do que se passa</p> <p>E5 estar informado.</p> <p>E9 Deram-me a explicação sobre a doença da minha avó</p>	154	15

	<p>E2 mas de uma forma clara,</p> <p>E2 directa.</p> <p>E2 De forma a que nós percebamos o que podemos fazer em casa</p> <p>E2 Mesmo!</p> <p>E8 Toda a informação sobre a doença.</p> <p>E13 Eu acho que devemos ter sempre acesso a toda a informação à cerca do doente</p> <p>E2 Na verdade, sabe é que nos disseram tudo o que quiséssemos saber</p> <p>E2 E vai ao encontro do que estava à espera.</p> <p>E11 O doente deve ser informado de tudo.</p> <p>E14 Eu acho bem até deviam dar mais informações</p> <p>E3 Acho que devia haver mais informação.</p> <p>E2 É a informação que nos possam dar</p> <p>E5 Talvez só podem informar até um certo ponto</p>		
--	--	--	--

	<p>E5 Eu penso que é bom informar,</p> <p>E5 Pronto, está bem informada</p> <p>E6 Ultimamente tem sido uma informação melhor</p>		
♦ INFORMAÇÃO	<p>E2 Nunca é directo.</p> <p>E2 Ou concreto,</p> <p>E2 em termos de doença nunca é directo ou concreto</p> <p>E2 Que a pessoa vá directo ao assunto.</p> <p>E2 Eu vou dar-lhe um exemplo:</p> <p>Onde fica o quarto tal.</p> <p>E depois indicam segue sempre em frente e vira-se esquerda e encosta-se à direita.</p> <p>E2 Mas muitas vezes não é assim.</p> <p>E5 Não é logo dada,</p> <p>E5 Então muitas das vezes a gente está a perguntar, mas não</p>		

	<p>respondem logo.</p> <p>E2 Vá aquela funcionária e depois esta diz-nos, para ir a outra e depois dá-nos a informação</p> <p>E12 Eu acho que estamos muito mal informados</p> <p>E3 E não é o que acontece.</p> <p>E3 Nunca houve uma informação correcta,</p> <p>E12 Acho que estamos muito mal informados.</p> <p>E15 Estamos mal informados</p> <p>E15 Outras vezes é pouca</p> <p>E15 Outras vezes não é acertada</p> <p>E6 De inicio não foi muito boa.</p> <p>E3 A minha sogra veio para aqui sem saber o que tinha, nem nós.</p> <p>E3 nem sabemos o que lhe podemos ou devemos fazer, quando for ter alta.</p> <p>E10 Isto foi tudo em cima da hora.</p>		
--	---	--	--

	<p>E10 Quero saber, foi em cima da hora,</p> <p>E10 não tivemos tempo,</p> <p>E10 nem acesso a nada.</p> <p>E12 Nós chegámos aqui e ninguém nos informou de nada,</p> <p>E13 Que não tivemos.</p> <p>E14 Que às vezes não dão ao doente, nem a nós.</p> <p>E15 Eu acho que às vezes a informação não nos é dada.</p> <p>E10 É isso que eu venho fazer hoje.</p> <p>E10 É precisamente isso.</p> <p>E10 Venho para falar com o Sr. Dr.</p> <p>E10 Porque surgiu uma complicação.</p> <p>E10 Venho falar com o Sr. Dr, por isso mesmo.</p> <p>E10 Porque quero saber o que vai ser feito,</p> <p>E10 que cirurgia ela vai fazer,</p> <p>E10 que riscos é que vai correr.</p>		
--	--	--	--

	<p>E10 É essa a resposta que eu quero encontrar,</p> <p>E10 é o que eu vou procurar.</p> <p>E10 Nós estamos à espera do Sr. DR</p> <p>E5 Mas em relação à minha avó tivemos que andar à procura da informação.</p> <p>E12 temos que andar á procura das pessoas para ver se alguém nos diz alguma coisa.</p> <p>E14 Antigamente não davam nenhuma informação, agora já está melhor.</p> <p>E14 Antigamente não informavam ninguém, agora já melhor.</p> <p>E14 Antigamente era só os familiares, agora já informam mais as pessoas das doenças.</p> <p>E2 Acho que explicaram mais ou menos, como é que chegou.</p> <p>E11 e podem aumentar o medo,</p> <p>E11 o desespero</p>		
--	--	--	--

	<p>E11 Mas pode haver pessoas que não entendem o que lhes é dito</p> <p>E11 Desde que as pessoas entendam</p> <p>E10 mas quero saber o que é que se passa</p> <p>E1 Quando elas são bem fornecidas,</p> <p>E4 Esclarecido.</p> <p>E4 Porque nós sabemos que ela tem pedras na vesícula, que tem feito vários exames,</p> <p>E4 É que ela hoje foi fazer exames e pronto.</p> <p>E4 Mas só me sabem informar, depois dos resultados. É assim mesmo</p> <p>E7 Tudo.</p> <p>E7 Tudo.</p> <p>E8 A perceber a gravidade da situação</p> <p>E8 e a operação que se ia fazer.</p> <p>E9 Para saber o que a minha avó tem</p>		
--	---	--	--

	<p>E11 Eu gostava de saber se fosse o meu caso, o que estava a acontecer</p> <p>E14 a mim têm vindo a informação dos problemas</p> <p>E2 E acho que ficou esclarecida.</p> <p>E2Mas julgo que a minha mãe foi, antes de ser operada. Acho que foi</p> <p>E2 Como é que teve esse problema</p> <p>E4 o meu irmão está informado suficientemente da doença.</p> <p>E9 e como a podíamos ajudar.</p> <p>E3 Soubemos alguma coisa foi pelas enfermeiras.</p> <p>E4 Eu agora estava à espera de encontrar uma enfermeira para saber da situação dela.</p> <p>E2 A mim, não</p> <p>E2 Eu não tenho conhecimento.</p> <p>E2 Não tenho.</p>		
--	---	--	--

	<p>E2 Desconheço.</p> <p>E5 Por enquanto só o mínimo.</p> <p>E6 De inicio não,</p> <p>E6 Não estou muito ao corrente,</p> <p>E6 sei pouco sobre o que se está a passar.</p> <p>E10 Não,</p> <p>E10 ninguém esclareceu nada.</p> <p>E12 Mas como lhe disse, não fui, não fomos informados.</p> <p>E13 Sem saber qual a doença que ele tem e como está a decorrer, nós não sabemos</p> <p>E15 Não nos informaram de nada.</p> <p>E3 Nunca nos informaram ,</p> <p>E3 nem nos informaram.</p> <p>E4 mas não sabemos se além disso há alguma coisa.</p>		
--	---	--	--

	<p>E2E a operação consistiu em quê?</p> <p>E2 e para melhorar o quê também?</p> <p>E1 Nos derem uma explicação sobre a doença,</p> <p>E1sobre o estado geral,</p> <p>E1 o que se passa.</p> <p>E9 Do que fizeram.</p> <p>E15 para nós sabermos como está o doente</p> <p>E14 A informação é boa,</p> <p>E4Para estarem mais informados</p> <p>E4 e esclarecidos.</p> <p>E7 e para a gente saber.</p> <p>E9 Porque há uma explicação sobre um procedimento técnico.</p> <p>E9 Porque nós não sabemos sem essa explicação.</p> <p>E8 Soubemos desde o início o que se passava</p> <p>E6 Uma pessoa está mais a par do que se passa.</p>		
--	---	--	--

	<p>E7 Acho que todas as pessoas deviam saber o que têm</p> <p>E7 para serem mais cuidadosas</p> <p>E15 para sabermos lidar com a doença que ele tem, o que se passa com ele,</p> <p>E6 e está mais ou menos a saber o que se deve fazer</p> <p>E15 para sabermos cuidar da pessoa em questão, quais os riscos, o grau da doença, o que podemos fazer.</p> <p>E8 e o que tínhamos que fazer</p> <p>E14 ajuda a gente a pensar e a viver</p> <p>E3 Iria-me ajudar.</p> <p>E14 ajuda a compreender as coisas,</p> <p>E14 ajuda a pensar, a gente</p> <p>E2 porque até a ajudou a aceitar.</p> <p>E3 Ajudar ao doente e à família</p> <p>E5 Ajuda nesse sentido para a pessoa não entrar em pânico.</p>		
--	---	--	--

	<p>E14 Que é de uma maneira que não é Não é tão mau.</p> <p>E1A pessoa está numa ansiedade muito grande</p> <p>E14 Mas temos que aceitar, pronto.</p> <p>E11 Mas o melhor é não ter que passar por isto.</p> <p>E14 tem que ser,</p> <p>E14 para mais a gente tem que a aceitar, não é?</p> <p>E1A gente fica muito mais tranquila</p> <p>E1e fica-se muito melhor.</p> <p>E5 Porque tranquiliza a família por saber o que é que se está a passar.</p> <p>E5Acalma-nos</p> <p>E5e acalma o próprio doente</p> <p>E7 Para mim eu quando vou ao médico pergunto logo o que tenho e como faço</p> <p>E7 Eu sou uma pessoa que quer saber.</p>		
--	--	--	--

	<p>E5 Para saber o que se está a passar.</p> <p>E6 Porque a gente está ao corrente</p> <p>E2 Não</p> <p>E2 não,</p> <p>E2 não acho que não fui informada.</p> <p>E2 Porque não tenho esse conhecimento</p> <p>E12 Porque nós precisamos de saber o que o meu pai tem.</p> <p>Faz amanhã três semanas que estive cá internado.</p>		
♦ RELAÇÃO MÉDICO / DOENTE	<p>E7 O médico falou comigo</p> <p>E12 E a única pessoa que nos diz alguma coisa foi a Dr. C.L.</p> <p>E8Eu já sabia em Cabo verde, pelo médico que tinha que ser operado aqui.</p> <p>E8 Portanto quando viemos para Lisboa, sabíamos o que se iria passar.</p> <p>E7 O meu marido tem sido muito bem tratado, foi operado a um</p>	31	10

	<p>hérnia,</p> <p>E7 não temos nada a dizer.</p> <p>E11 Olhe, devo dizer que ajuda o doente e à família</p> <p>E9 Eu aceitei</p> <p>E12 E o Dr. J.C disse que não era e disse-me para falar com o Dr. C.L</p> <p>Eu vim cá com a minha irmã, para falar com a Dr. C.L e ela disse-me que eram os dois.</p> <p>E14 Não dão porque têm medo, fica mal.</p> <p>E5 também podem não saber o que é que se passa.</p> <p>E12 Porque está ali escrito na cama do meu pai que era o Dr. R.M.</p> <p>Eu fui falar com ele e ela disse-me que não era, mandou-me para outro.</p> <p>Falei com o outro Dr. J.C, parece-me.</p> <p>E12 Portanto eles andam a empurrar um para o outro, nem era um</p>		
--	---	--	--

	<p>nem o outro.</p> <p>E1 Foram assim a assim.</p> <p>E1 não davam muita abertura.</p> <p>E3 Ignoraram-nos.</p> <p>E1 Às vezes a gente queria saber e.</p> <p>E1 E não</p> <p>E3 nem responderam</p> <p>E3 Fez exames e foi reoperada. Isso acontece, mas não nos disseram nada</p> <p>E3 A nossa persistência, é que conseguimos saber alguma coisa</p> <p>E5 Mas também não sei se eles já sabem o que é que se passa. Ela foi operada ao intestino de repente.</p> <p>E6 ultimamente sim.</p> <p>E1 Mas pronto, já houve casos pontuais que sim.</p> <p>E1 Que houve essa abertura.</p>		
--	--	--	--

	<p>E1Ultimamente tem havido,</p> <p>E1 tem sido mais facilitado</p> <p>E1 e tem sido bem</p> <p>E7 O médico tirou-nos as dúvidas</p> <p>E4 E pronto a partir daí, acho que tem sido bem tratada.</p> <p>E12 Só houve uma vez que falaram connosco.</p>		
♦ PARTICIPAR	<p>E10 Não é que eu vá dar algum palpite, mas, como é lógico, não vou</p> <p>E14 Mas ao longo do tempo E a gente vai viver na medida do possível.</p>	6	2

CATEGORIA: QUEM DEVE INFORMAR E PEDIR O C.I

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ MÉDICO	<p>E1O médico,</p> <p>E1 o médico.</p> <p>E2O médico,</p> <p>E2 No caso se o médico falar com a minha mãe</p> <p>E3 O médico que a segue.</p> <p>E3 O médico da doente.</p> <p>E5 O médico ao doente.</p> <p>E7 O Sr Dr,</p> <p>E7 o Sr Dr.</p> <p>E8 O médico assistente.</p> <p>E9 O cirurgião,</p>	25	13

	<p>E9 o médico.</p> <p>E10 O médico.</p> <p>E11 É o médico.</p> <p>E12Acho que os médicos a deviam dar</p> <p>E14 Eu acho que é os médicos.</p> <p>E15 O médico que a está a acompanhar.</p> <p>E2 falar com a minha mãe</p> <p>E7 Explicou de tudo.</p> <p>E7 O que foi operado.</p> <p>E7 Da probabilidade do meu marido de ficar com o saco.</p> <p>E13 Porque a gente andar no hospital à procura de alguém para dar uma informação não dá!</p> <p>E13 É um pouco desgastante.</p> <p>E7 O doutor tem a obrigação de nos informar.</p>		
--	--	--	--

♦ TRABALHO EQUIPA	DE	E6 O enfermeiro ou o médico E4 O serviço de enfermagem e o serviço médico. E13 Alguém que esteja presente quando a gente cá vem, seja médicos ou enfermeiros.	3	3
♦ ENFERMEIRAS		E2 as enfermeiras E12 Já que os enfermeiros não podem dar. E12 Os enfermeiros não falam sem a autorização dos médicos. E12 Muitas vezes dizem que não sabem	4	2
♦ AAM		E2 e as auxiliares que se encontram no hospital. E2 os auxiliares podiam dar a informação, E2 Os, os auxiliares podiam dar a informação, aos, aos, familiares, para ficarem mais a par do que acontece.	4	1

CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA DECISÃO MÉDICA

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ DECISÃO	<p>E1 Eu acho que sim.</p> <p>E2 Ai! Sim.</p> <p>E2 Fundamental,</p> <p>E8 Sim.</p> <p>E11 Sim</p> <p>E15 Em certos casos, sim.</p> <p>E2 Estou de acordo com aquilo que vão fazer,</p> <p>E7 E nós achamos bem. Ele tem um problema de saúde.</p> <p>E2 ou, ou, se pelo menos, por exemplo se eles falam de uma determinada operação tudo bem .</p>	43	15

	<p>E2 Se eu tiver de acordo</p> <p>E2 A minha opinião devia valer alguma coisa.</p> <p>E12 Depende dos casos.</p> <p>E12 No caso do meu pai acho que sim,</p> <p>E12 mas penso como ele está consciente também pode participar,</p> <p>E12 também tem a opinião dele.</p> <p>E7 e pedirem uma opinião.</p> <p>E7 O médico pedir opinião.</p> <p>E4 Mas claro se houve alguma coisa que realmente se tivesse que decidir, claro, pois.</p> <p>E4 Teria que ser. Não é?</p> <p>E3 Não.</p> <p>E5 Provavelmente não.</p> <p>E6 Não.</p>		
--	--	--	--

	<p>E6 Depende de certas circunstâncias, se a pessoa vê que pode chegar de outra maneira diferente, mas não,</p> <p>E6 não.</p> <p>E9 Não.</p> <p>E14 Eu acho que não devo participar nessas coisas,</p> <p>E14 já não me compete.</p> <p>E5 Não era a família que iria dizer que não , penso eu?</p> <p>E10 Não sei.</p> <p>E13 Depende dos casos.</p> <p>E3 é preciso saber,</p> <p>E3 ter conhecimentos.</p> <p>E8 não temos conhecimentos.</p> <p>E9 Porque não percebo nada sobre as doenças</p> <p>E9 e muito menos sobre a cirurgia.</p> <p>E10 Não me acho com capacidade para isso</p>		
--	--	--	--

	<p>E11 Só se tivesse conhecimentos.</p> <p>E4 É muito complicado,</p> <p>E4 e problemático.</p> <p>E8 Participar é mais complicado</p> <p>E13 Temos o caso do meu pai em que decidiram que iam cortar os dois dedos, disseram que iam cortar os dois dedos.</p> <p>E13 O próprio médico à última da hora, decidiu cortar a perna.</p> <p>E13 Falamos com a Dr. C.L e diz que isto não se põe em questão.</p>		
♦ INFORMAÇÃO	<p>E11 Por isso é importante que nos expliquem tudo.</p> <p>E7 Tem um tumor no recto e está.</p> <p>E7 Estamos bem informados do que ele tem.</p> <p>E11 Mas o que se faz, estar inteirado do que se faz, não sei o quê?</p> <p>E1 Porque era uma maneira. Lá está de se saber.</p>	36	5

	<p>E1 De se informar melhor sobre o estado geral do doente, da saúde,</p> <p>E1o que se tem que fazer</p> <p>E1e o que não se deve fazer.</p> <p>E2 para saber se é a melhor operação, se por exemplo</p> <p>E8 Mais para compreender a situação, do que para participar.</p> <p>E7 Se nos disserem o que se passa</p>		
♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DTE	<p>E7 O médico disse ao meu marido,</p> <p>E7 perguntou ao médico, ao que ia ser operado, e respondeu-lhe que poderia ficar com um saco.</p> <p>E7 O médico disse-lhe que deveria ser operado mesmo que ficasse com um saco.</p> <p>E3 É ele que tem que avaliar o doente,</p> <p>E4 Porque o utente normalmente acredita em tudo o que o</p>	16	7

	<p>médico lhe diz, não é?</p> <p>E5 Ela foi operada de urgência, penso da melhor forma, acho eu?</p> <p>E15 Acho que o médico deve participar à pessoa mais directa do doente. Se acha que deve partir para esse meio ou não.</p> <p>E3 O médico é que sabe.</p> <p>E5 Porque se os médicos.</p> <p>Cada um sabe do trabalho que está a fazer.</p> <p>E5 A partir do momento em que o médico está e sabe o que está a fazer e toma certas atitudes.</p> <p>E11 Sim, mas eu deixo tudo nas mãos do médico</p> <p>E11Eu acho bem que se participe, mas não se pode interferir no campo dos médicos.</p> <p>E15 Nos casos graves, em que o médico tome uma decisão</p>		
--	---	--	--

	<p>E11Mas estou aqui para perceber,</p> <p>E11 ele falou mas eu não entendi.</p> <p>E13 Eu não percebo nada.</p>		
--	--	--	--

CATEGORIA: ACESSO DA FAMÍLIA À INFORMAÇÃO

SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ LOCAL	<p>E1 Foi nas urgências.</p> <p>E4 Quando foi esclarecida não foi neste hospital, foi no Garcia da Horta,</p> <p>E5 A minha avó entrou na urgência num dia,</p> <p>E5 Mas como foi de urgência, talvez.</p> <p>E7 O meu marido veio às urgências porque estava a deitar sangue nas fezes</p> <p>E14 Fui às consultas</p> <p>E7 Disse-lhe para vir à consulta</p>	7	5

♦ INFORMAÇÃO	<p>E4 quer dizer estava com algumas, com umas pedras na vesícula.</p> <p>E4 Ela esteve muito mal disposta e o meu irmão levou-a e deram-lhe esta informação, no hospital do lado de lá.</p> <p>E5 no dia seguinte estava nos cuidados intensivos, porque já tinha sido operada.</p> <p>E1 Fiquei logo esclarecida,</p> <p>E1o médico explicou-me tudo muito bem.</p> <p>E4 Foi a partir daí que nós soubemos, porque começou com muitos vómitos, mau estar, tudo o que comia vomitava</p> <p>E4 e pronto foi aí que lhe diagnosticaram as pedras na vesícula.</p> <p>E7 Mas disse logo desde o primeiro dia que tinha que ser operado.</p> <p>E7 Que tinha que ser operado.</p> <p>E7 Mas disseram-me que a biopsia não era nada de mau, de</p>	164	15
--------------	---	-----	----

	<p>cuidado, de maligno</p> <p>E8 explicou-nos a doença do meu marido</p> <p>E14 explicaram que o meu filho tinha um problema na tiróide</p> <p>E14 e fizeram-lhe uma biopsia e depois veio a saber o resultado e que não era nada de mal.</p> <p>E14 Pronto que não era má.</p> <p>E14 Explicou as coisas.</p> <p>E14E quando o operou também explicou.</p> <p>E14 Operou à tiróide e à hérnia no mesmo dia.</p> <p>E6 As minhas irmãs.</p> <p>E6 A minha mãe tem momentos que sabe e outros que não.</p> <p>E2 como já lhe disse nenhuma informação à cerca da doença da minha mãe.</p> <p>E3 Não foi.</p> <p>E5 Não foi transmitida.</p>		
--	--	--	--

	<p>E6 E quando estava não fui informada.</p> <p>E10 Quer dizer não foi.</p> <p>E10 Sabemos que tem que ser operada, mas a quê? E porquê?</p> <p>E10 Estamos completamente às escuras.</p> <p>E12 Não foi.</p> <p>E15 Não foi transmitida.</p> <p>E15 Foi transmitido que iria ser operado ao intestino, mas a mim, a mim, não me disseram</p> <p>E15 Como é que isso iria funcionar, nem nada.</p> <p>E13 A informação que foi transmitida, foi andar a trás do médico durante quase dois dias e a DR C.L disse-nos alguma coisa.</p> <p>E13 Se encontramos alguém para saber o que se está a passar novamente.</p> <p>E10 É o que venho aqui procurar saber.</p> <p>E11 mas por isso eu estou aqui para saber.</p>		
--	---	--	--

	<p>E1 Aí a aí é que a porca torce o rabo.</p> <p>E4 É um bocadinho problemático, não é?</p> <p>E4É muito problemático.</p> <p>E13 É complicado</p> <p>E9 Não sei.</p> <p>E9Não sei se é bom para o doente.</p> <p>E14 Aí é que a gente não sabe</p> <p>E14 Não sei.</p> <p>E4 e outros que não devem saber.</p> <p>E10 Pelo menos para nós podermos saber como lidar com a situação.</p> <p>E2 A minha mãe está bem, disseram que vai ficar melhor, mas nunca se tem a certeza se acontece alguma coisa mais adiante.</p> <p>E15 Isso aí acho que não</p> <p>E15 Acho que não,</p>		
--	--	--	--

	<p>E3 Não.</p> <p>E11 Não acho que não.</p> <p>E5 Por enquanto não</p> <p>E2 O facto não ajuda muito, ao doente a vencer.</p> <p>E2 Porque ficam com aquela sensação.</p> <p>E15 porque a ansiedade da pessoa saber que o caso da pessoa é muito grave</p> <p>E15 E que pode recusar as ajudas,</p> <p>E15 pensar que não vale a pena avançar o tratamento.</p> <p>E5 No caso da minha avó e com o estado psíquico dela não.</p> <p>E3 Só devemos saber nós, os familiares</p> <p>E4 Eu acho que sim.</p> <p>E7 Eu acho que sim.</p> <p>E7 eu para mim acho que sim.</p> <p>E2 Acho que devem.</p>		
--	--	--	--

	<p>E5 acho que se deve informar o doente.</p> <p>E8 Devem ter.</p> <p>E7 Porque eu gosto de saber, eu fui operada seis vezes</p> <p>E7 e gosto de saber.</p> <p>E7 E todas as vezes quis saber o que tinha, o que não tinha,</p> <p>E7 como ficava, como não ficamos.</p> <p>E2 Para que possam ter a noção da gravidade da sua situação, em que se encontram.</p> <p>E2 Para que possam.</p> <p>E2 Para que pelo menos, tenham a noção do que se passa com eles.</p> <p>E4 que os doentes devem saber.</p> <p>E4 Para ficarem mais consciencializados da sua situação, do que têm.</p> <p>E8 Para poderem enteirar-se da situação.</p>		
--	---	--	--

	<p>E8 Devem ter conhecimento do que tem.</p> <p>E10 Tudo,</p> <p>E10 tudo.</p> <p>E13 Mas acho que o doente deve saber tudo o que se passa com ele.</p> <p>E2 Não devem ocultar,</p> <p>E2 o facto de ocultar.</p> <p>E2A pessoa pode vir a recear, porque lhe ocultaram o facto,</p> <p>E2 não lhe disseram exactamente o que tinha.</p> <p>E2 Eu acho que a pessoa pode vir a sentir-se mal, porque lhe mentiram</p> <p>E1nem todos os doentes reagem da mesma forma, da mesma maneira.</p> <p>E4 Porque há pessoas que aceitam, que deviam saber</p> <p>E14 Há doentes que reagem bem</p> <p>E14 Há doentes que se conformam e reagem bem.</p>		
--	---	--	--

	<p>E12 Há pessoa que podem aceitar</p> <p>E14 e há outros doentes que reagem muito mal.</p> <p>E14 Se eu tivesse uma coisa má até reagia muito mal mesmo.</p> <p>E14 Porque sou uma pessoa pessimista, estou sempre a pensar o pior.</p> <p>E3 Os doentes podem não aguentar</p> <p>E12 há outras que se calhar custa mais um bocadinho a aceitar.</p> <p>E12 Para uma coisa mais grave.</p> <p>E6 Há pessoas que gostam de saber</p> <p>E6 Outras que não querem saber.</p> <p>E1 Nem todos os doentes são iguais,</p> <p>E4 Depende da própria pessoas.</p> <p>E4 Isto vai da mentalidade, da maneira de ser da pessoa.</p> <p>E6 Tudo depende.</p> <p>E6 Tudo depende da pessoa.</p>		
--	---	--	--

	<p>E9 Se calhar há casos que sim e há casos que não.</p> <p>E9 Depende do caso.</p> <p>E9 Depende do doente.</p> <p>E12 Acho, acho, depende.</p> <p>E4 Eu tive uma pessoa amiga que lhe foi diagnosticado um cancro no estômago.</p> <p>E4 Em que o estômago foi lhe retirado e mais não sei o quê e a pessoa nunca quis saber. Portanto está a ver.</p> <p>E4 Para mim a pessoa sabia.</p> <p>E4 Após a cirurgia só durou 18 dias. Mas sabia, mas achava uma coisa normal, pronto!</p> <p>E4 Nunca quis aceitar.</p> <p>E10 Já passei isso com a minha mãe infelizmente</p>		
--	--	--	--

	E1Sim, E1 sim. E3 Sim, exactamente E4 Sim, E4 sim. E5 Sim, E5 sim. E6 Sim, E7 Pois. E7 é sempre bom. E8 Sim. E10 Sim, claro. E12 Sim. E15 Sim, E15 sim.		
--	---	--	--

	<p>E1Tenho que saber o que foi feito e como</p> <p>E3 Para saber exactamente o que se passa acerca da doença, da pessoa</p> <p>E7 Porque a pessoa fica a saber o que tem.</p> <p>E8 Tive informação.</p> <p>E8 Deve-se esclarecer tudo.</p> <p>E14 Gosto muito que me informem</p> <p>E14 não houve nenhuma consulta que eu não estado e pergunto muitas coisas aos médicos, porque gosto de estar dentro do assunto.</p> <p>E5 conseguir explicar o que o médico disse ao resto da família.</p> <p>E5 Ou a uma pessoa da família.</p> <p>E10 E isso ajudou-me muito.</p> <p>E3 e para a podermos ajudar.</p> <p>E5 Porque além de poder acalmar os outros familiares no sentido de poder explicar o que se passa,</p>		
--	--	--	--

	<p>E6 Uma orientação.</p> <p>E6 O que se vai passar e o que fazer</p> <p>E9 A doente em si é que não sei se deve ter ou não</p> <p>E9 Eu quero.</p> <p>E10 e tenho que saber</p> <p>E11Eu, Eu, quero saber e entender o que se passou,</p> <p>E12 Porque quero saber em que situação em que se encontra.</p> <p>E13 Eu gostava de a ter .</p> <p>E12 E a gente quer saber.</p> <p>E2Eu gostava.</p> <p>E6 eu queria.</p> <p>E6 Justamente para saber,</p> <p>E6 estar ao corrente</p> <p>E14 Tenho vindo sempre a trás deles,</p> <p>E12 Esteve em medicina, agora está aqui. Pelos vistos não vai</p>		
--	--	--	--

	<p>ser o último sitio em que vai estar.</p> <p>Já foi para ser operado e não foi.</p> <p>E12 Andamos nisto.</p> <p>E2 Mas não tive.</p> <p>E11 ainda não sei.</p> <p>E13 Mas não a tenho</p> <p>E1 Como devo depois de tratar da minha mãe.</p> <p>E4 Porque para me sentir mais esclarecida, como devemos actuar, não é?</p> <p>E14 Porque se o meu filho fizer as coisas mal feitas, eu ralho-lhe, apesar de já ser um homem feito.</p> <p>E10 Já passei por esta experiência.</p> <p>E10 Porque tenho que saber como devo lidar com a situação.</p> <p>E10 Já passei antes deste episódio, outra doença com a minha mãe</p>		
♦ RELAÇÃO	E7 e tem andado sempre a vigiá-lo.	17	6

MÉDICO DOENTE	<p>E8 Tivemos um encontro,</p> <p>E8 uma conversa com o médico que como já lhe disse</p> <p>E9 Calmamente.</p> <p>E9 Explicou-me tudo bem explicadinho,</p> <p>E9 e não me ocultou nada.</p> <p>E11 Dizeram-me que o meu pai estava mal e que tinha que ser operado.</p> <p>E11 E eu deixei-o resolver,</p> <p>E11 não devia pô-lo em causa.</p> <p>E11 Depois vim a saber que a cirurgia não era necessária,</p> <p>E5 as deve-se informar os doentes com calma</p> <p>E5 com calma</p> <p>E1 Até os próprios familiares, aí teriam que ser informados com peso e medida.</p> <p>E7 Muitas vezes estamos a tratar de uma coisa e temos outras.</p> <p>E5 Saber explicar concretamente o que se passa com o doente.</p>		
---------------	---	--	--

	E5 Para depois não andarem todos a perguntar o mesmo		
♦ DECISÃO	<p>E9 Fica ao critério do cirurgião, do médico.</p> <p>E9 Do doente E9 e da família dos doentes.</p> <p>E15 Só os familiares, os doentes não</p>	4	2

CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NA INFORMAÇÃO E NO CONSENTIMENTO

INFORMADO

	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	N.º SUJEITOS
♦ PARTICIPAÇÃO	<p>E1 Segundo o que eu sei é que eles não nos podem dizer nada.</p> <p>E3 Eu não sei se podem</p> <p>E7 Bom, mas há umas que não deviam informar, são uns cavalos</p> <p>E11 Podem até não poder participar,</p> <p>E11 nem dar, dar informações.</p> <p>E1 Não podem transgredir as leis e as ordens.</p> <p>E11 e até não poder.</p> <p>E1 A partir daí pouco, há a pedir a eles,</p> <p>E1 não podem fazer mais do que fazem</p>	44	15

	<p>E3 até porque os médicos podem dizer vocês não digam nada.</p> <p>E10 Não passa por elas enfermeiras</p> <p>E13 Eu acho até que os enfermeiros podiam não dar tanto pormenor,</p> <p>E11 O enfermeiro pode não estar apto para isso</p> <p>E2 Acho que sim.</p> <p>E4 Acho que sim.</p> <p>E2 Acho que sim.</p> <p>E6 Acho que sim.</p> <p>E10 acho que sim.</p> <p>E5 Devem também participar.</p> <p>E10 Nós também esperamos que o enfermeiro diga qualquer coisa.</p> <p>E10Acho que podem informar e o que se vai passar.</p>		
--	---	--	--

	<p>E15 O enfermeiro devia participar mais aos familiares,</p> <p>E15 para darem conselhos, para tratar os doentes.</p> <p>E15 Deviam ter uma participação mais directa do que o médico</p> <p>E5 Deve ser importante porque estão sempre a par.</p> <p>E5 Deve haver enfermeiras que estão a par,</p> <p>E5 mas deve haver uma enfermeira que esteja mais responsável e que consiga dizer à família o que é que se está a passar.</p> <p>E15 e informar.</p> <p>E14 Quando o médico não está, devem informar os doentes</p> <p>E15 Acho que os enfermeiros deviam participar</p> <p>E6 Acho que devem informar os doentes, desde que os doentes estejam conscientes.</p> <p>E4 É a pessoa mais esclarecida para informar as pessoas.</p>		
--	--	--	--

	<p>E7 Devem de informar, pois.</p> <p>E7 Se a gente perguntar, devem informar, pois</p> <p>E8 Devem,</p> <p>E9 Podem dar informação.</p> <p>E10 Mas no decorrer da doença e do que se vai passar,</p> <p>E12 Eu acho que eles devem informar as pessoas E13 mas dar alguma informação.</p> <p>E14 Devem também informar os doentes.</p> <p>E3 Informar, se poderem</p> <p>E6 Se estão para ajudar a pessoa devem estar a informar.</p> <p>E6 Deve saber o que se passa com ela própria</p> <p>E4 Pelo menos tem conhecimento do que eles têm.</p> <p>E14 Acho que também tem um grau bom para informar.</p> <p>E2 Para que quando o médico falar, me possam explicar algumas partes que não tenha percebido</p>		
--	---	--	--

	<p>E2 E não tenha tido oportunidade de perguntar.</p> <p>E15 E o médico não está sempre disponível, não é?</p> <p>E15 Têm mais gente para tratar.</p> <p>E3 Os enfermeiros devem informar em conjunto com os médicos.</p> <p>E4 Portanto é uma pessoa que informa de acordo com a equipa médica, evidentemente.</p> <p>E4 Eu acho que o enfermeiro é o profissional que está mais em contacto com o doente.</p> <p>E4 Acho que realmente, é o enfermeiro que está 24 h com o doente, por dia.</p> <p>E4 Mas o enfermeiro é a pessoas que está com o doente as 24h.</p> <p>E5 E lidam constantemente com o doente.</p> <p>E8 já que estão mais próximos do doente.</p>		
--	---	--	--

	<p>E15 Porque estão mais em contacto com o doente</p> <p>E10 Não tenho razão de queixa dos enfermeiros</p> <p>E7 Acho que devem ter um pouco de paciência prá gente</p> <p>E11 Devem servir o médico.</p> <p>E13 Para nós chegarmos aqui, o médico não está, entretanto o médico foi para casa e depois o enfermeiro disse que não sabe de nada.</p> <p>E13 Não é muito agradável.</p>		
♦ RELAÇÃO	E9 Mas acho que é o médico.	9	6

MÉDICO/DOENTE	<p>E9 Que é o entendido, não é?</p> <p>E10 Mas a gente sabe que o médico é que decide, sobretudo ao nível de algumas decisões.</p> <p>E10 O responsável é o médico.</p> <p>E11 O que interessa é o médico</p> <p>E3 Porque os médicos não nos dizem nada,</p>		
---------------	---	--	--

U.T:

**O C.I DA PRESPECTIVA DOS MÉDICOS
NA ASSISTÊNCIA PÚBLICA**

CATEGORIA: SIGNIFICADO

SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ INFORMAR	<p>E 16 É no fundo o doente estar informado do que lhe irá acontecer,</p> <p>E 16 mas tem que estar informadas sobre o que é o tratamento,</p> <p>E17 e dentro dessa área é procurar ter a certeza de que se dá conhecimento ao doente de tudo o que é necessário,</p> <p>E18 É informar as pessoas</p> <p>E19 Desde que a pessoa seja esclarecida</p> <p>E19 Para a realização de qualquer acto médico</p> <p>E20 Depois de ele ter sido esclarecido à cerca do que se pretende com, com o acto médico, com enfim qualquer</p>	50	15

	<p>acto.</p> <p>E21 O consentimento informado do doente após ter sido informado da situação que tem, da história natural,</p> <p>E21 previsível da doença sem terapêutica e da proposta terapêutica</p> <p>E22 deve-se então informar o doente,</p> <p>E23 Portanto acho que é o doente estar dentro das possibilidades da operação</p> <p>E23 Estar a par do que tem ,</p> <p>E23 do que vai fazer,</p> <p>E23 das consequências, do acto cirúrgico</p> <p>E23 Às vezes não do acto cirúrgico, do acto endoscópico,</p> <p>E24 explicar aquilo que vamos fazer para que o doente esteja informado,</p> <p>E24 daquilo que vou fazer</p>		
--	--	--	--

	<p>E24 ou daquilo que se passa com o doente.</p> <p>E25 mas duma forma esclarecida</p> <p>E27 É a explicação que é dada ao doente da, da sua situação clinica e em função daquilo</p> <p>E27 Da sua situação,</p> <p>E28 de acordo com as indicações que para mim são correctas.</p> <p>E29 do que lhe vai acontecer.</p> <p>E17 dando ao doente a informação que for necessária</p> <p>E27 depois de explicado todas as situações, procedimentos eventuais.</p> <p>E17 É preciso rodear-se desses cuidados todos para ter a certeza que de facto o consentimento informado é realmente informado.</p> <p>E16 os riscos que correm, os que não correm,</p>		
--	--	--	--

	<p>E21 Que é submetida com a informação à cerca dos riscos inerentes que são obviamente</p> <p>E21 Que são sempre balanceados com as histórias da doença não tratadas.</p> <p>E23 dos riscos que corre,</p> <p>E25 e consciente dos riscos e dos benefícios</p> <p>E26 depois de devidamente informados das vantagens, desvantagens e das complicações</p> <p>E29 É fundamental para um doente que vai ser operado, deve ser informado dos seus riscos</p> <p>E30 explicando os prós e os contra e os riscos que correm.</p> <p>E24 A verdade,</p> <p>E17 O consentimento informado tem que ter um tema, uma matéria</p> <p>E20 Quer seja cirúrgico, quer seja um exame</p>		
--	---	--	--

	complementar ou exame agressivo. É isso que eu entendo que é o consentimento informado		
♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DOENTE	<p>E23 Explicar dentro da capacidade que ele, o doente tenha de compreender</p> <p>E17 Tem que se ter em linha de conta o grau de cultura da pessoa, do doente que recebe a informação,</p> <p>E17 Tem que se ter em linha de conta o grau de cultura da pessoa, do doente que recebe a informação,</p> <p>E22 Na nossa cultura, depende da cultura dos doentes,</p> <p>E22 Depende do grau cultural da pessoa</p> <p>E22 Na nossa cultura não é da verdade.</p> <p>E17 o grau de conhecimento sobre a matéria que está a falar,</p> <p>E17 o grau de conhecimento sobre a matéria que está a falar</p>	11	4

	<p>E17 Sociais, económicos e religiosos.</p> <p>E22 se tem que organizar a sua vida.</p> <p>E22 No caso das testemunhas de Jeová se não quer transfusão, não se dá, mas o risco é acrescido.</p> <p>E17 para que com esses dados todos bem explicados e compreendidos,</p> <p>E17 possa dar uma resposta em que você tenha a certeza que possa ser uma resposta que saiba as condições.</p> <p>E22 a informação deve ser personalizada</p> <p>E28 Eu como médico digo ao doente a minha perspectiva da sua doença, o que entendo correcto</p> <p>E17 Portanto você tem que tentar saber com quem está a falar sobre esses aspectos todos.</p> <p>E17 E depois dá uma linguagem apropriada,</p> <p>E22 por isso deve-se explicar com palavras simples.</p>		
--	---	--	--

	<p>E22 Devemos escolher um conjunto de termos atenuados.</p> <p>E22 Deve-se suavizar por ex.: adenocarcinoma do colo, utiliza-se a expressão tem uma ferida.</p> <p>E22 Dou uma verdade suave.</p> <p>E23 Daquilo que pensam que podemos estabelecer com ele</p>		
♦ TRABALHO EM EQUIPA	<p>E22 Na decisão terapêutica em conjunto com todos os especialistas oncologistas,</p>	1	1
♦ DECISÃO DO DOENTE	<p>E 16 As pessoas submetem-se ao tratamento,</p> <p>E21 É isso que permite ao doente fazer o consentimento informado.</p> <p>E28 Se não está de acordo procure outra opinião</p> <p>E28 e lhe proponho é isto e a senhor agora ou está de acordo ou não está de acordo.</p> <p>E28 Se está de acordo dá-me o seu consentimento</p>	19	12

	<p>informado.</p> <p>E17 para que ele possa tomar uma decisão devidamente fundamentada,</p> <p>E17 segundo os seus próprios critérios</p> <p>E28 Prá mim é a opção do doente em ser tratado,</p> <p>E18 se estão de acordo ou não em dar uma determinada autorização para o seu tratamento</p> <p>E25 O consentimento informado é o consentimento que o doente dá para qualquer acto médico</p> <p>E19 É a utilização de uma autorização expressa de exames, para qualquer acto médico</p> <p>E20 O consentimento informado é uma autorização expressa do doente, de como eu poderia realizar determinado acto médico,</p> <p>E26 O consentimento informado é o consentimento que os</p>		
--	--	--	--

	<p>doentes dão aos médicos para se submeterem aos actos médicos,</p> <p>E27 pedir autorização,</p> <p>E27 E ao autorizar as necessárias intervenções adequadas à intervenção clínica.</p> <p>E29 E aceita ou não aceita, isto também é importante.</p> <p>E30 É os doentes que nos autorizem um acto médico,</p> <p>E24 é pedir ao doente</p> <p>E19 e em pleno juízo</p>		
♦ DECLARAÇÃO	<p>E17 Depois é uma coisa relativamente simples, aparentemente.</p> <p>E17 Mas mais complexa a prática.</p> <p>E17 aspectos até mais complexos</p> <p>E24 Então o consentimento informado é, é .</p> <p>E24 Um bocadinho difícil de explicar,</p>	6	3

	E29 Nós em Espanha estamos muito habituados a utilizar o consentimento informado, muito habituados.		
--	---	--	--

CATEGORIA: OBRIGATORIEDADE

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ OBRIGATÓRIO	E16 Sim E17 Claro. E18 Sim. E20 Deve ser obrigatório, E21 Com certeza. E23 Acho que sim. E23 Acho que sim E23 que devia ser obrigatório. E24 Claro que sim, E25 Sim E25 Deve ser um procedimento obrigatório	18	12

	<p>E26 Concordo.</p> <p>E27 Agora obrigatoriedade do ponto de vista da prática diária acho que sim.</p> <p>E29 Concordo.</p> <p>E29 Concordo.</p> <p>E30 Plenamente.</p> <p>E24 acho que é importante,</p> <p>E30 Porque se deve</p>		
♦ NÃO OBRIGATÓRIO	<p>E23 Não é obrigatório</p> <p>E19 Não.</p> <p>E22 Obrigação não.</p> <p>E28 Não</p>	4	4
♦ DÚVIDAS SOBRE A OBRIGATORIEDADE	<p>E21 não é?</p> <p>E20 não é?</p>	8	4

	<p>E20 Penso eu.</p> <p>E21 Hum, eu penso que é..</p> <p>E23 nós usamos umas vezes sim outras vezes não, conforme</p> <p>E24 embora ache que há situações, ainda haja situações,</p> <p>E24 eu disse taxativamente que sim, mas há situações que eu acho que, que é um bocadinho,</p> <p>E24 eu própria já fiz isto com um familiar meu, em que acho que é questionável,</p>		
♦ INFORMAR	<p>E30 e é obrigatório informar os doentes</p> <p>E16 Os doentes têm que saber para onde é que vão. Não é?</p> <p>E16 tem que saber o que é essa cirurgia,</p>	11	6

	<p>E18 Porque é obrigatório informar os doentes sobre o seu tratamento</p> <p>E26 Porque o doente assume que está informado das consequências do acto a que vai ser submetido.</p> <p>E29 O doente têm que estar a par de tudo,</p> <p>E29 O doente têm que ser informado, do que vai ser submetido.</p> <p>E16 o que vai fazer e os riscos que corre.</p> <p>E29 dos riscos</p> <p>E18 Antes do seu tratamento</p> <p>E24 isso já aconteceu na minha família e achei e concordei com um familiar meu que não sabia o que tinha e o desfecho ter sido inevitável, que, que a reacção à doença teria</p>		
--	---	--	--

	sido diferente, que estava carimbado com essa doença.		
♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DOENTE	<p>E28 Mas há situações onde tenho medo que eles saiam daqui e se suicidem</p> <p>E28 e façam alguma asneira.</p> <p>E24 Que fico um bocadinho na dúvida, porque acho que os doentes de mais idade, pessoas mais idosas, com doenças graves, se não tiverem a noção do que se passa com elas, são capazes de reagir um bocadinho melhor ao tratamento e à própria evolução da doença.</p> <p>E24 Nomeadamente com as pessoas com neoplasias,</p> <p>E28 Na maior parte dos casos digo exactamente a situação ao doente.</p>	12	6

	<p>E28 Há situações com determinados doentes</p> <p>Em que temos que ter muito cuidado com aquilo que lhe dizemos.</p> <p>E28 Eu lido quase a 100% com doentes oncológicos e por vezes tenho a noção que não se pode dizer tudo aquele doente.</p> <p>E17 Acho que deve ser uma preocupação na relação médico- doente.</p> <p>E25 fazer sem se falar com o doente.</p> <p>E22 Não deve ser, só quando os doentes perguntam.</p> <p>E19 Há cirurgias em que posso necessitar de determinados exames, tais como HIV, hepatite e o doente não querer, mas faz!</p> <p>E25 e não decorrer em atitudes de</p>		
--	--	--	--

	paternalismo		
♦ DECISÃO DO DOENTE	<p>E25 a autorização do doente</p> <p>E16 Se aceitam a cirurgia,</p> <p>E21 Porque a decisão de tratar e especificamente neste caso cirúrgico é do doente.</p> <p>E21 Tem que partir sempre da vontade do doente</p> <p>E29 E se quer ou não quer assumir esses riscos, essa responsabilidade</p> <p>E25 As duas partes devem estar conscientes de um, dum acto</p>	7	4
♦ DECLARAÇÃO	<p>E25 para proteger o doente como para proteger</p> <p>E20 O consentimento informado tem que ser</p>	16	10

	<p>regulamentado.</p> <p>E20 Tem que estar bem expresso isso e às vezes não está.</p> <p>E20 Essas situações das urgências e doentes com alterações momentâneas ou mesmo insuficiência, a lei contempla muito bem.</p> <p>E25 Porque não se vai fazer um acto qualquer que seja sem haver o consentimento</p> <p>E27 Obrigatoriedade estrita à parte da lei, acho que não.</p> <p>E20 Quer dizer em princípio o consentimento informado devia ser sempre obtido, agora.</p> <p>E20 Por principio acho que sim</p> <p>E20 Por ex. não é possível ter consentimento informado numa situação de extrema urgência</p>		
--	---	--	--

	<p>E20 Além da extrema urgência, há outras situações.</p> <p>E20 O doente está perturbado ou diminuído.</p> <p>E21 excepto em como é obvio em situações limites,</p> <p>E20 O consentimento informado pode passar nessa altura para os familiares e não para o doente.</p> <p>E20 E nessa altura o consentimento informado passa para os familiares directos,</p> <p>E28 Digo à família</p> <p>E28 Nesse caso não posso dar-lhe uma informação concretas sobre a sua doença, dou aos familiares</p>		
--	---	--	--

CATEGORIA: QUEM DEVE APLICAR O C.I

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ MÉDICO	<p>E17 Deve ser o médico responsável pelo tratamento.</p> <p>E17 Isto é deve ser</p> <p>E18 Acho que os médicos.</p> <p>E19 O médico.</p> <p>E20 Por principio o médico é responsável pelo doente,</p> <p>E20 Em particular aquele que vai exercer o acto que seja mais agressivo.</p> <p>E20 Nomeadamente se for para cirurgia deve ser o cirurgião,</p>	43	12

	<p>E20 Deve ser mesmo o cirurgião.</p> <p>E20 A pessoa mais responsável pelo acto.</p> <p>E22 Médicos directamente envolvidos na decisão terapêutica,</p> <p>E24 acho que talvez seja o médico,</p> <p>E24 talvez seja o papel do médico,</p> <p>E16 O médico,</p> <p>E16 quer dizer o médico.</p> <p>E24 do médico assistente.</p> <p>E25 deve ser o médico</p> <p>E26 O médico.</p> <p>E27 O médico que assiste o doente.</p> <p>E27 O seu médico assistente,</p> <p>E27 o seu cirurgião,</p> <p>E27 quem o vai seguir ao longo do seu</p>		
--	--	--	--

	<p>internamento.</p> <p>E29 Eu acho que deve ser o próprio profissional,</p> <p>E29 os médicos</p> <p>E16 Só quem está dentro do assunto é que sabe.</p> <p>E16 No fundo a pessoa que estiver</p> <p>E16 No fundo habilitada para dar informações sobre aquilo que vai fazer, sobre o tratamento.</p> <p>E17 A matéria mais simples pode ser apenas o médico assistente,</p> <p>E17 o médico que pratica a terapêutica</p> <p>E16 Não é uma pessoa de fora, que não conhece os riscos</p> <p>E20 não anestesista,</p> <p>E22 não o interno que faz a história.</p> <p>E16 O médico que o vai tratar é que sabe qual o</p>		
--	---	--	--

	<p>tratamento que propôs,</p> <p>E16 qual o tratamento que vai fazer.</p> <p>E16 É o médico que o vai tratar e que lhe propôs a cirurgia, é que pode responder melhor ao doente.</p> <p>E16 O médico que o vai tratar é que lhe diz.</p> <p>E21 Tem que ser o médico que vai tratar do doente.</p> <p>E17 É fundamental em termos de figura,</p> <p>E16 Ele é que sabe.</p> <p>E22 Não é obrigatório, mas tem que saber.</p> <p>E23 Às vezes nós explicamos, um bocadinho a correr, o doente fica com duvidas e depois tem vergonha de perguntar, ou assim.</p> <p>E23 Até onde o doente tem conhecimento, o doente pode não ter conhecimento total do que tem</p>		
--	--	--	--

	<p>E28 A conversa inicial é feita entre mim e o doente.</p> <p>E28 Os médicos falam com os doentes, tratam das coisas</p> <p>E23 Prá já devem ter uma relação prévia e devemos explicar isso.</p>		
♦ ENFERMEIRO	<p>E20 Não o enfermeiro</p> <p>E20 nem o enfermeiro</p>	2	1
♦ INFORMAÇÃO	<p>E16 O Sr. vai fazer isto, isto e isto</p> <p>E16 E vai fazer estes exames, estes e estes.</p> <p>E23 Mas acho que se deve ter conhecimento do exame.</p> <p>E25 para explicar</p> <p>E25 e esclarecer o doente,</p> <p>E16 E há estes riscos.</p> <p>E16 Os riscos dos exames, nem</p>	7	3

	terapêuticos		
♦ ADMINISTRATIVOS	<p>E28 e depois a parte burocrática pode ser feita por qualquer administrativo,</p> <p>E28 não tenho repulsa nenhuma nesse aspecto.</p> <p>E28 Mas depois a parte burocrática pode ser feita por um administrativo,</p> <p>E28 não tenho qualquer problema quanto a isso.</p> <p>E25 Aplicar o formulário,</p>	5	2
♦ TRABALHO EM EQUIPA	<p>E17 mas esse médico pode-se rodear depois de alguns acesores de acordo com as dificuldades que a matéria envolve.</p> <p>E17 Há áreas e problemas que são mais complexos,</p> <p>E17 Que implicam que para o consentimento</p>	17	5

	<p>informado ser real, pode ter que recorrer a outras áreas</p> <p>E17 Áreas da sociologia, da psicologia, para chegar a um bom consentimento informado.</p> <p>E17 Às vezes o consentimento informado tem que ser dado por um grupo de pessoas.</p> <p>E17 Porque o acto médico hoje em dia não Não é um acto isolado</p> <p>E17 É um acto médico de equipa,</p> <p>E17 se o acto médico é de equipa,</p> <p>E17 é a equipa que deve dar informações,</p> <p>E17 no sentido de uma forma conjunta</p> <p>E17 Com várias pessoas envolvidas.</p> <p>E30 Os médicos e os enfermeiros.</p> <p>E23 Olhe acho que aí deve ser para os dois lados.</p>		
--	---	--	--

	<p>E25 mas também concordo que a equipa de enfermagem devem estar consciente do que se vai fazer, dos riscos e dos benefícios e esclarecer o doente se tiver algumas dúvidas.</p> <p>E23 E depois a enfermagem está muito mais tempo efectivo com o doente</p> <p>E29 ou os enfermeiros</p> <p>E23 Ou na véspera do exame dá-lhe aquela dúvida extra e é natural que a enfermeira colabore nisso e saiba o que foi dito.</p>		
--	--	--	--

CATEGORIA: DIFICULDADES DA EQUIPA MÉDICA NA OBTENÇÃO DO C.I

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ DIFICULDADES	<p>E16 dificuldades,</p> <p>E16 dificuldades</p> <p>E25 Dificuldades, certamente</p> <p>E21 Isso como é obvio na prática depois as coisas são muito mais complicadas.</p> <p>E21 são complicadas</p> <p>E16 é aqui que não está instituída</p> <p>E16 e é mau.</p>	30	9

	<p>E25 ou não é feito ou para desleixo ou por outra coisa,</p> <p>E25 ou porque há mais coisas para fazer</p> <p>E20 As dificuldades que encontramos, às vezes a falta de até de.... de enquadramento</p> <p>E27 ou até os próprios médicos</p> <p>E27 ou profissionais de saúde não obrigatoriamente só os médicos,</p> <p>E27 mas principalmente médicos.</p> <p>E29 As dificuldades muitas vezes são da nossa parte</p> <p>E29 A nossa dificuldade é que temos muitos doentes,</p> <p>E29 muito trabalho</p> <p>E29 e estamos muito ocupados</p> <p>E21 pela situação do doente</p>		
--	--	--	--

	<p>E21 Que por vezes está debilitado,</p> <p>E21 não quer que o macem,</p> <p>E21 Tem uma cultura distante da nossa dominante,</p> <p>E22 A falta de entendimento das pessoas,</p> <p>E22 A falta de conhecimentos</p> <p>E23 Por um lado o grau de diferenciação dos doentes, a maior parte dos doentes que a gente tem</p> <p>E23 Tem um bocado a ver com o grau de educação dos doentes e depois</p> <p>E27 É o que eu disse é por razões emocionais</p> <p>E27 ou culturais ou outras.</p> <p>E27 O doente não perceber aquilo que lhe é explicado da sua situação clinica.</p>		
--	---	--	--

	<p>E27 Acho que é o principal.</p> <p>E27 Há dificuldades no próprio doente para que perceba essa informação</p> <p>E30 O nosso povo tem umas limitações intelectuais e de cultura.</p>		
<p>♦ NÃO EXISTEM DIFICULDADES</p>	<p>E17As dificuldades se, se aplica o princípio não serão assim muitas.</p> <p>E19 Não tenho encontrado.</p> <p>E25 Não deve ser uma coisa difícil</p> <p>E25 não tem que haver dificuldades</p> <p>E28 Nenhumas.</p> <p>E28 De resto não há normalmente qualquer tipo de dificuldade.</p> <p>E16 Isto é uma questão de habito, todas as pessoas.</p>	7	5

♦ DECLARAÇÃO	<p>E16 E depois as pessoas assinam.</p> <p>E16 Há serviços que fazem assim</p> <p>E16 Todas as pessoas que entram tem logo, portanto a folha onde tem tudo o que pode acontecer.</p> <p>E16 Muitas vezes esse papel não tem tudo explicado, todo o procedimento que vão fazer</p>	4	1
♦ DECISÃO DO DTE	E16 Que aceitam.	19	8

	<p>E16 Só têm se as pessoas aceitam ou não os tratamentos que vão ser necessários. De facto é isso</p> <p>E26 mas tem que ponderar se querem ou não realizar o acto médico.</p> <p>E16 Há pessoas que aceitam perfeitamente o diagnóstico,</p> <p>E16 tem que se ver do ponto de vista psicológico</p> <p>E16 Se o doente aguenta saber,</p> <p>E16 se aceita ou não a informação do tumor, o pior o cancro.</p> <p>E16 Há pessoas que aceitam perfeitamente. E portanto é isso.</p> <p>E16 E há outras pessoas que se souberem que têm um cancro</p>		
--	---	--	--

	<p>E16 Podem suicidar-se, por ex..</p> <p>E16 há pessoas que acabam por aceitar,</p> <p>E16 Tem muito a ver com a personalidade das pessoas,</p> <p>E16 tem muito a ver com o doente.</p> <p>E20 E também depende do tipo de doente.</p> <p>E23 Tem a ver com aquilo que eles são capazes de captar com o seu psiquismo para a maneira como estão no momento.</p> <p>E25 Depende do caso para caso, de pessoa, da doença, da patologia, depende da situação do doente.</p> <p>E29 Depende da situação, do doente e até da própria família.</p> <p>E30 No caso de estar receptivo da informação, de</p>		
--	--	--	--

	<p>tudo, dos riscos que corre, do prognostico</p> <p>E27 e tem o direito de autorizar ou não os vários procedimentos em função da sua situação</p>		
♦ INFORMAÇÃO	<p>E16 Deveria ter mais informações sobre o que ,</p> <p>que vai acontecer, sobre os procedimentos,</p> <p>E16 Tudo, tudo aquilo que corre,</p> <p>E16 os exames que fazem.</p> <p>E16 Devia estar informado sobre isso.</p> <p>E16 os riscos,</p> <p>E26 Os doentes ligam muito mais aos contras do que aos prós do acto médico, digamos assim.</p> <p>E26 Nós falamos das complicações porque apesar de tudo são as excepções à regra, muito pequenas,</p> <p>E27 e não tentarem simplificar essa informação para que seja facilmente perceptível.</p>	76	15

	<p>E23 até onde posso dar a informação,</p> <p>E23 explico o que eles sabem até onde podemos ir,</p> <p>E24 da forma como o doente reage.</p> <p>E24 sabemos que à partida o doente não vai reagir bem.</p> <p>E21 não quer saber</p> <p>E23 Eu nunca tive mas disseram-me que há familiares, ou há pessoas que preferem que não saber.</p> <p>E22 não aceitarem a verdade.</p> <p>E23 Por exemplo vão tirar o estômago todo, ou que corre o risco de ficar com o saquinho, mas não sabe de nada.</p> <p>E23 Há familiares que pedem para não lhes dizer exactamente nada, vão fazer uma cirurgia e depois vai fazer ou não quimioterapia.</p>		
--	--	--	--

	<p>E23 Eu pessoalmente não tenho muito isso.</p> <p>E23 e às vezes é um familiar mais chegado ou não, mas isso pode, pode pôr alguns problemas</p> <p>E22 eu também estive doente</p> <p>Depois de um banco, senti-me muito mal. Fui logo visto por um colega e ele disse-me: “ouve temos que te fazer um cateterismo, se resultar temos que fazer a operação via aberta”. Entrei logo em pânico, rezei e fui operado.</p> <p>Não sei se está a ver-me numa cama de hospital e a ter que fazer uma cirurgia, foi horrível.</p> <p>Tive como os doentes ter que aceitar.</p> <p>Se é isto para nós imagino para os doentes.</p> <p>E16 Pois isso aí é mais complicado.</p> <p>E17 Olhe isto é um problema muito complexo e</p>		
--	---	--	--

	<p>eu não tenho resposta para isso</p> <p>E20 Não é?</p> <p>E25 não é?</p> <p>E23 não é?</p> <p>E28 Não é?</p> <p>E20 Não é?</p> <p>E20 Não é?</p> <p>E17Eu devo confessar que nestes anos de clínica, eu continuo a ter muitas duvidas que essa será a melhor solução.</p> <p>E20 O tipo de informação?</p> <p>E20 Não é?</p> <p>E24 O tipo de informação que eu dou</p> <p>E24 Não, não sei como hei de explicar isso.</p> <p>E27 Embora possa por algumas reservas</p>		
--	---	--	--

	<p>E24 Nunca disse a um doente a sua situação</p> <p>E17 até não o informar-mos,</p> <p>E17 não o informarmos</p> <p>E16 e ao doente, e ao doente</p> <p>E16 O que precisa de fazer.</p> <p>E24 Tentaria dizer as coisas ainda que dizendo a verdade</p> <p>E28 Habitualmente dou- lhes a informação total.</p> <p>E17 O tempo que vai viver.</p> <p>E17 para o informar-mos da melhor maneira</p> <p>E18 Tento explicar o que eles têm, o que é que não têm, qual a evolução,</p> <p>E19 Dou-lhes toda a informação que lhes posso dar</p> <p>E21 Se o doente quer saber eu forneço-lhe toda a</p>		
--	---	--	--

	<p>informação que tenho,</p> <p>E27 Contudo deve-se sempre informar ao doente</p> <p>E29 Eu acho que deve sempre informar o doente da sua situação</p> <p>E27 Acho que sim.</p> <p>E27 Como principio geral acho que sim.</p> <p>E17 Portanto envolve a resposta da informação sobre o prognostico, sobre as estatísticas baseadas</p> <p>E17 Estatísticas que a ciência demonstra na altura que se informa</p> <p>E16 Tenta-se dar mais informação aos familiares</p> <p>E16 ver familiares</p> <p>E20 Nós temos que dizer toda a verdade se não for ao doente aos familiares mais directos.</p>		
--	---	--	--

	<p>E20 A esses devemos dizer sempre.</p> <p>E20 Agora aos familiares directos temos a obrigação de informar completamente</p> <p>E22 É melhor falar com a família.</p> <p>E22 De outra forma, não, só a família.</p> <p>E23 e com o apoio familiar que tem. Isto é importante</p> <p>E23 Global da família, como ele vai ficar, para escolher a melhor maneira</p> <p>E26 Se são idosos, mais vale informar a família.</p> <p>E27e no caso deste não querer saber, deve-se aí sempre informar a família.</p> <p>E27 Esta deve ter sempre conhecimento.</p> <p>E29 Muitas vezes a própria família prefere</p> <p>E29 Pede-nos que não informe o doente.</p>		
--	--	--	--

	<p>E22 O doente deve ter direito a saber</p> <p>E27 Acho que duma maneira geral, acho que o doente tem o direito a ser informado</p> <p>E17 Porque costuma-se dizer que na cultura americana os médicos dão a informação total sobre a natureza da doença.</p> <p>E21 A nossa tradição, não é uma tradição como tem os Americanos de, de dizer tudo aos doentes claramente.</p> <p>E20 Se o doente tem responsabilidades graves em relação à família.</p> <p>E20 Nós temos que dizer tudo</p> <p>E20 Temos que dizer.</p> <p>E20 Era uma pessoa que tinha obrigações e eu tive que lhe dizer tudo.</p> <p>E20 Mas a ele tive que dizer tudo</p>		
--	---	--	--

	<p>E20 Prá já claro que ele também era uma pessoa diferenciada.</p> <p>E20 Mas eu achei que devia dizer exactamente por causa disso.</p> <p>E22 do grau cultural.</p> <p>E25 Depende também dos conhecimentos e diferenciação da pessoa,</p> <p>E27 Embora possa discutir outros problemas culturais, etc...</p> <p>E20 Infelizmente há uma grande percentagem de doentes que nem sequer querem saber da gravidade da sua situação.</p> <p>E20 Ainda encontramos, uma coisa cada vez mais rara, mas que encontrei muito no início da carreira O sotor é que sabe.</p>		
--	---	--	--

	<p>E20 Isso agora não é assim.</p> <p>E20 Mas ainda há muitos</p> <p>E20 Há muitos assim.</p> <p>E20 Mas muitas vezes encontro muitos doentes que não querem saber</p> <p>E20 Ou não querem saber ou fingem que não querem.</p> <p>E20 Até porque uma das coisas que eu vejo habitualmente é o seguinte, há muito tempo que as informações médicas, as notas de saída, por ex.: não vai aberto.</p> <p>E20 Porque é sistemático que quando vai fechado tentarem abrir.</p> <p>E20 Portanto a informação, acabam sempre por a ter.</p>		
--	---	--	--

	<p>E20 Mas esse tipo de informação, não está no âmbito do consentimento informado, é uma informação à posteriori.</p> <p>E21 se o doente obviamente não quer saber,</p> <p>E21 se foge de se confrontar com a verdade usa-se subterfúgios,</p> <p>E20 Lembro-me da informação que tive que dar em certa medida, em termos de consentimento informado, porque era um doente que eventualmente ia fazer uma endoscopia</p> <p>Broncoscopia e depois uma quimioterapia.</p> <p>Até uma pessoa cujo nome até era conhecido, o T.C, que já morreu, daquela casas de noivas e coisa e tal.</p> <p>Já morreu há uns anos. E tinha um cancro do</p>		
--	---	--	--

	<p>pulmão.</p> <p>Mas ele tinha uma família que além da mulher que era prima direita, tinha cinco filhos, quatro com doenças neurológicas e coisa e tal.</p> <p>Inclusivamente ele perguntou em termos de prognóstico, quanto tempo teria e tudo mais.</p> <p>E eu tive de dispor de certa maneira da sua vida, com o genro que nunca o apoiou muito E teve que ter as suas coisas distribuídas, por causa disso.</p> <p>E este foi um caso que contei absolutamente tudo.</p> <p>Claro que a mulher quando soube e o genro também soube não gostaram Ele ficou um bocado atrapalhado quando eu lhe disse que</p>		
--	---	--	--

	<p>estatisticamente poderia ser seis meses de vida.</p> <p>Felizmente durou mais.</p> <p>Lá está esse tempo de vida orientou a sua vida de forma a fazer as coisas da maneira melhor possível.</p>		
♦ RELAÇÃO MÉDICO/DTE	<p>E24 acho que tem a ver com a sensibilidade</p> <p>E17 paciência</p> <p>E23 O que eu meço é o tipo de doente que tenho</p> <p>E17 disponibilidade.</p> <p>E17 Não se pode ser uma coisa feita.</p> <p>E17 Tem que ser feita com cuidado e com atenção.</p> <p>E22 A noticia que se dá de chofre.</p> <p>E22 É a noticia inesperada.</p> <p>E22 E o choque da noticia,</p>	107	15

	<p>E30 É mais na explicação,</p> <p>E30 no esclarecimento às pessoas, as pessoas não entendem.</p> <p>E30 O que se está por vezes a explicar.</p> <p>E21 e isso torna a comunicação difícil e,</p> <p>E21 e portanto a mensagem às vezes não é fácil de passar,</p> <p>E21 e às vezes obriga a alguma simplificação para se conseguir haver uma comunicação mínima com o doente.</p> <p>E23 Temos dificuldade em explicar o que eles têm, coisas complicadas como por ex.: CPRE, uma grande cirurgia,</p> <p>E23 Faz-lhes muita confusão,</p>		
--	---	--	--

	<p>E23 explicar coisas de maneira simples.</p> <p>E25 A não ser que haja dificuldades de expressar ou de comunicação,</p> <p>E27 Às vezes falarem numa linguagem hermenêutica</p> <p>E24 Eu acho que se torna difícil para o médico ou para outra pessoa da área ligada à saúde,</p> <p>E24 tiver que dizer a verdade,</p> <p>E24 dizer as coisas que são, que são difíceis do doente ouvir,</p> <p>E17 Não pode ser uma coisa feita de forma apressada e descuidada,</p> <p>E22 Mas damos algum tempo e depois voltamos</p> <p>E20 para podermos conversar com calma com o doente.</p>		
--	---	--	--

	<p>E20 Lamentavelmente isso acontece</p> <p>E17 É necessário tempo,</p> <p>E17 Sobretudo a falta de tempo</p> <p>E29 Fazemos tudo depressa</p> <p>E29 e não temos nem damos tempo ao doente</p> <p>E29 não temos tempo suficiente</p> <p>E29 e por vezes não dedicamos o tempo suficiente ao doente</p> <p>E20 Às vezes não há sitio para podermos falar com o doente e com a família.</p> <p>E20 Se bem que estes aspectos tem estado a melhorar.</p> <p>E20 Tem sido das coisas que melhor, tem melhorado.</p> <p>E26 Varia de doente para doente.</p>		
--	--	--	--

	<p>E24 Tentaria dizer as coisas ainda que dizendo a verdade</p> <p>E28 Habitualmente dou- lhes a informação total.</p> <p>E26 Se são novos e capazes de perceber e assumir o diagnostico, de forma positiva.</p> <p>E17 Não há problema, quando não há uma doença grave, a informação</p> <p>E17 É quando a informação, é uma informação suave, informação que traz para o doente uma situação que não envolve risco de vida ou o tempo de vida curto, sobrevivência é completa</p> <p>E17 É fácil.</p> <p>E27 O doente não perceber aquilo que se lhe explica,</p> <p>E27 não ter discernimento,</p>		
--	---	--	--

	<p>E27 a informação necessária daquilo que lhe é dito não perceber o que lhe se lhe é explicado</p> <p>E17 Quando estamos perante um doente que nós sabemos que a sobrevida é curta, eu acho que se deve tentar o que melhor serve</p> <p>E22 A informação é individualizada,</p> <p>E21 Localiza-se a doença, diz-se que a doença é grave, que tem riscos para o futuro, se a pessoa não quer saber mais nada isso chega-lhe.</p> <p>E22 Devemos informar o doente daquilo que tiver dúvidas, se não tiver não se diz nada.</p> <p>E16 Tem realmente que se conhecer bem a personalidade da pessoa</p> <p>E16 e ver se poderá aceitar ou não esse diagnóstico,</p>		
--	---	--	--

	<p>E16 se consegue aguentar.</p> <p>E16 Na maior parte das pessoas vai-se avaliando,</p> <p>E16 o que está a envolver o doente,</p> <p>E16 como poderá reagir.</p> <p>E16 Por isso temos que conhecer bem o doente, a sua história.</p> <p>E16 Temos que ter conhecimento profundo se ele vai aceitar ou não.</p> <p>E17 Temos nós a ideia do doente,</p> <p>E17 do que se passa com ele,</p> <p>E19 Depende da situação e do doente</p> <p>E20 Depende até às vezes do que o doente quer.</p> <p>E27 O médico normalmente conhece o doente e sabe até que ponto pode ir a sua informação se o que ele quer ou não saber.</p>		
--	---	--	--

	<p>E20 Agora ao doente a informação que eu dou, vai de acordo com o que o doente pretende</p> <p>E20 Mas realmente a informação que dou, até pela nossa sensibilidade nós sabemos se o doente quer saber ou não.</p> <p>E21 Mas com um mínimo de experiência e eu não tenho propriamente só um mínimo de experiência, é fácil perceber o que é o que os doentes querem e não querem saber.</p> <p>E22 depende do que o doente quer saber e</p> <p>E23 A gente tem que ter a noção,</p> <p>E16 Mas nunca se fala directamente às pessoas.</p> <p>E16 Vamos a pouco a pouco, na consulta e nos vários contactos introduzir isso, essa informação.</p> <p>E16 Vamos dizer o Sr. vai iniciar tratamento,</p>		
--	--	--	--

	<p>assim , assim</p> <p>E16 Tem uma célula maligna, tem uns problemas. E não de repente.</p> <p>E22 Em Portugal é assim ao doente mente-se, à família diz-se a verdade e dizer a verdade crua e nua.</p> <p>E22 Aprendi no IPO de Coimbra que falamos de ferida que se cura.</p> <p>E22 Quando exige, sim.</p> <p>E23 Mentir não.</p> <p>E23 Mentir não, não concordo nada</p> <p>E24 Não dizer claramente isto vai acontecer assim não vai ter a mais pequena hipótese.</p> <p>E24 Dar sempre alguma esperança ao doente,</p> <p>E24 porque no fundo acho que há muita coisa</p>		
--	---	--	--

	<p>que não estamos á espera de bom e,</p> <p>E24 e tentaria alguma forma de dar ao doente no sentido, no sentido de, dar uma melhor qualidade de vida no tempo que lhe resta.</p> <p>E24 Isto se for uma situação mais grave, eu estou a por as coisas um bocadinho assim.</p> <p>E24 Mas acho que há formas de nós dizermos as coisas difíceis.</p> <p>E24 Oiça, não dizer a um doente que claro que ele vai sobreviver, mas não dizer que vai morrer.</p> <p>E24 É importante transmitir que vou fazer tudo o que tiver ao meu alcance,</p> <p>E24 e tentar resolver a situação do doente.</p> <p>E28 Fiz uma cirurgia de intenção curativa, digo “</p>		
--	---	--	--

	<p>Olhe ficou limpinho”.</p> <p>E28 Se tiver uma situação de um tumor em que não haja possibilidade de uma intervenção curativa, eu não lhes digo que o doente está condenado, o que lhes digo é que cirurgicamente é feito isso, mas depois é preciso outros métodos terapêuticos, normalmente a quimio e a radioterapia para se conseguir controlar.</p> <p>E28 E digo-lhe que dentro daquela situação há doentes que respondem bem a esses tratamentos e em melhor prognostico e há doentes que tem pior prognostico.</p> <p>E28 Nos tumores disseminados não dou 100% real,</p> <p>E28 Dou-lhes sempre a possibilidade</p>		
--	--	--	--

	<p>mas muitas vezes a convicção que a quimioterapia não lhes vai resolver a situação.</p> <p>E23 Há doentes por que são completamente sozinhos e pedem-me para dizer</p> <p>« Diga-me exactamente tudo o que tenho, tenho coisas a organizar, documentos a fazer ou assim.</p> <p>E23 Outros é ao contrario « não diga nada á minha mulher porque ela é muito frágil, não diga nada ao meu marido porque é uma pessoa que não aguenta essas coisas.</p> <p>E30 Primeiro passa se o doente está em estado ou em condições de perceber alguma coisa que lhes vamos falar ou dizer.</p> <p>E30 Se consegue entender a informação.</p> <p>E28 Habitualmente dou a informação correcta,</p>		
--	--	--	--

	<p>porque preciso que eles confiem em mim e depois quando os opero</p> <p>E28 Se o doente confiar em mim, nessa altura o doente aceita isso como verdade</p> <p>E28 Se não confiar ele pensa que eu não lhe disse tudo,</p> <p>E20 Infelizmente é assim.</p> <p>E22 Não vai ficar bem, melhora a qualidade de vida, mas morre</p> <p>E17 Porque eu acho que a função essencial do médico é ajudar o doente.</p> <p>E17 Fazer com que a pessoa minore o sofrimento físico e psíquico por um lado e tempo de vida o mais longo possível, mas que dê qualidade</p> <p>E17 Fundamentalmente qualidade de vida</p>		
--	---	--	--

	<p>enquanto está a ser tratado, a sofrer o tratamento ou com o tratamento parado.</p> <p>E17Portanto é preciso deixar as coisas seguir.</p> <p>E18 quais as técnicas que podem utilizar para aliviá-los, para ajudara aliviar</p> <p>E18 Combater a dor.</p> <p>E24 para o ajudar</p>		
--	---	--	--

CATEGORIA: O C.I PODE CONTRIBUIR PARA A HUMANIZAÇÃO E QUALIDADE NA PRÁTICA CLÍNICA

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS

<p>♦ EXISTE RELAÇÃO</p>	<p>E16 Há e não há.</p> <p>E16 Habitualmente, bom.</p> <p>E17 Pode haver ou não relação.</p> <p>E23 Não sei.</p> <p>E23 Não sei.</p> <p>E28 Não é? Percebe?</p> <p>E28 não é?</p> <p>E16 Um indivíduo vai operar e pode pensar encontrar uma coisa e aparece outra coisa.</p> <p>E16 Isto é o doente vai ser operado a uma coisa e é mais extenso. Sabe?</p> <p>E16 E o doente como é?</p> <p>E16 Eu posso dizer vou operá-lo ao intestino, vou tirar um bocado.</p> <p>E16 Mas chega-se lá e pode-se tirar mais coisas.</p>	<p>59</p>	<p>13</p>
-------------------------	--	-----------	-----------

	<p>E16 Por isso não se pode dizer exactamente o que se vai fazer.</p> <p>E16 É uma incógnita.</p> <p>E16 Não é possível fazer isso.</p> <p>E18 Acho que sim.</p> <p>E21 Está tudo,</p> <p>E21 está tudo,</p> <p>E24 Acho que sim.</p> <p>E24 e por isso acho que sim,</p> <p>E25 Sim</p> <p>E30 Acho que sim.</p> <p>E20 Eu acho que há relação</p> <p>E18 Acho que a qualidade na prática clínica vai depender se há consentimento informado ou não.</p> <p>E20 Não há dúvida, que nesse aspecto há um benefício do</p>		
--	--	--	--

	<p>consentimento informado</p> <p>E21 é obvio que não se pode dizer que há qualidade se não há consentimento informado.</p> <p>E24 há uma relação directa entre a prática clinica e o consentimento informado</p> <p>E25 para que haja uma pratica clinica com qualidade, o consentimento informado é essencial.</p> <p>E27 Da parte da qualidade faz parte o consentimento informado,</p> <p>E27 Dentro de uma política de qualidade o consentimento informado deverá fazer parte</p> <p>E30 Ao informar e explicar estão a aumentar a qualidade na prática clinica.</p> <p>E16 Sim.</p>		
--	---	--	--

	<p>E16 Isso não há dúvida.</p> <p>E17 Sim</p> <p>E18 Acho que sim.</p> <p>E19 Sim.</p> <p>E20 Sim.</p> <p>E20 Sim.</p> <p>E21 Com certeza,</p> <p>E21 sem dúvida.</p> <p>E22 Acho que sim.</p> <p>E23 Isso acho que sim,</p> <p>E23 isso acho que sim,</p> <p>E24 Sim,</p> <p>E25 Parece que sim.</p> <p>E27 Sim.</p> <p>E27 Claro.</p>		
--	---	--	--

	<p>E27 Faz parte.</p> <p>E30 Acho que sim.</p> <p>E20 Exactamente na humanização</p> <p>E21 Porque se não há consentimento informado, os doentes não são tratados como pessoas,</p> <p>E21 São tratados como um número, como casos, é a cama 26</p> <p>E21 É o Sr. X é a cama 26 que vai fazer isto e tem que fazer aquilo.</p> <p>E24 acho que, acho que neste ponto a humanização,</p> <p>E24 a humanização da medicina é fundamental, porque é a forma como se vive as coisas</p> <p>E25 Da mesma forma que com a qualidade pressupõe-se que haja uma certa humanização,</p>		
--	---	--	--

	<p>E27 É um factor de muita humanidade.</p> <p>E28 Eu acho que a humanização também está de acordo também com a qualidade da prática clínica, percebe?</p>		
♦ NÃO HÁ RELAÇÃO	<p>E17 A qualidade na prática clínica é mais abrangente do que o consentimento informado.</p> <p>E17 Pode não haver consentimento informado e haver qualidade na prática clínica</p> <p>E19 Há relação mas na prática não.</p> <p>E22 Acho que não tem relação</p> <p>E22 Não é o consentimento informado que vai modificar o acto cirúrgico e a terapêutica</p> <p>E27 mas pode haver uma boa prática clínica e não haver consentimento informado.</p> <p>E21 Mas a qualidade pressupõe muitas mais coisas.</p> <p>E23 Aqui há uns anos não havia consentimento informado</p>	20	10

	<p>e não é por isso que as coisas antigamente corriam bem ou mal.</p> <p>E23 Tem não com a sorte, mas com o saber, com a técnica, com o fazer.</p> <p>E28 O consentimento informado é uma coisa óbvia.</p> <p>E28 Não é por ter consentimento que o doente é mais bem tratado.</p> <p>E29 Porque pode haver uma boa prática clínica e não haver o consentimento informado.</p> <p>E19 Não.</p> <p>E26 Não.</p> <p>E29 Não.</p> <p>E26 Não.</p> <p>E26 Também acho que não.</p> <p>E28 Não.</p>		
--	--	--	--

	<p>E22 Não condiciona a qualidade, mas as expectativas</p> <p>E25 como em toda a medicina, a medicina, não deve pensar só nestes moldes</p>		
<p>♦ RELAÇÃO MÉDICO/DTE</p>	<p>E26 Porque acho que a qualidade da prática clínica será sempre o melhor que o médico possa fazer, quer o doente consinta quer não consinta.</p> <p>E26 Muitas vezes, se calhar com tanta coisa do consentimento informado, há coisas que a gente deveria fazer e não faz por causa do consentimento informado, e vai diminuir logicamente a qualidade.</p> <p>E24 e isso passa por saber falar com eles,</p> <p>E24 saber explicar as coisas</p> <p>E24 Porque a qualidade do médico e do exercício da medicina passa por uma boa relação para com os doentes</p>	36	9

	<p>E22 Se, se o doente sabe o que tem</p> <p>E20 Quando há o consentimento informado, há uma maior transparência em termos de processo de dúvidas, que os familiares</p> <p>E20 Às vezes mais os familiares que o próprio doente tenham em relação ao tratamento e procedimentos.</p> <p>E22 É um duodeno difícil, que pode haver uma fistula.</p> <p>Vou tentar tratar o melhor que sei.</p> <p>E22 As testemunhas de Jeová vai condicionar, vai condicionar, damos outros fluidos, eritropoetina antes. Condiciona o resultado.</p> <p>E23 É o suficiente quando vamos fazer uma colostomia ou outras situações, as mastectomias são programadas</p> <p>E17 no aspecto que obriga entre aspas ao médico a falar</p>		
--	---	--	--

	<p>com o doente.</p> <p>E17 E haver uma melhor comunicação e relação médico-doente.</p> <p>E18 Porque a comunicação é também humanizar a relação entre o médico e o doente.</p> <p>E22 e do que espera de nós, há uma melhor relação.</p> <p>E22 É igual ao carro da oficina.</p> <p>E23 não nos podemos colocar como operadores, como alguns que se manda lá baixo o doente para fazer uma CPRE ou meter um tubo, e não dizem nada.</p> <p>E23 A gente tem que ter uma relação directa,</p> <p>E23 uma relação de empatia ou de confiança para com o doente,</p> <p>E23 muito difícil de manusear, se a partir daí</p> <p>E24 como se lida com o doente e está relacionado.</p>		
--	--	--	--

	<p>E27 Porque faz parte das relações,</p> <p>E27 Mas a relação médico/doente, dos profissionais de saúde é muito importante</p> <p>E29 Quanto mais informação tiver maior é a relação que temos com o doente.</p> <p>E20 e portanto os familiares apreciam muito mais</p> <p>E23 É informado no dia que entra no serviço e vê uma tabuleta lá em cima e vê um monte de gente que não têm cabelo.</p> <p>E23 E vai conhecer lá um médico muito simpático e estabelece uma relação com ele.</p> <p>E23 Mas sente-se um bocadinho enganado. Porque o enviou antes e já começa com o pé a trás, e, e pronto.</p> <p>E23 Isso justifica grande parte das depressões, que há aí.</p> <p>E23 Hoje em dia é só as colostomias que acontece na</p>		
--	---	--	--

	<p>urgência, saber se o doente e vê-se que ele necessita duma colostomia e nem sempre é possível, às vezes conseguimos falar com o doente antes e dizer-lhe que não sabemos bem mas que talvez</p> <p>E23 Não há uma informação correcta e o pedido do consentimento informado, a partir de agora tem uma colostomia e a gente precisa de fazer exames para e depois podemos ter a necessidade de voltar a internar, senão a partir daí é fundamental, e ele não</p> <p>E23 Se a partir daí é fundamental, senão o doente não coopera.</p> <p>E23 Não há o caso do doente, não como antigamente.</p> <p>E23 Mas aqueles que não sabem é</p> <p>muito difícil, o pós operatório,</p> <p>E26 E isto às vezes cria sempre, algumas dificuldades na</p>		
--	---	--	--

	<p>relação médico/ doente.</p> <p>E22 Não sei se todos os doentes querem saber, o que o doente quer, é que o médico faça à mãe um transplante de cérebro.</p>		
♦ PARTICIPAÇÃO DO DOENTE	<p>E28 Eu acho fundamental o doente poder escolher o seu médico que o vai tratar, com consentimento ou sem.</p> <p>E28 Enquanto o doente chega ao médico porque o conhece ou porque lhe deram boas referências e quer ser operado por ele.</p> <p>E28 Mas com referenciação directa,</p> <p>E28 portanto habitualmente, se o médico é referenciado para tratar aquele doente é porque mostrou qualidades para isso.</p> <p>E28 Assim é evidente que o doente que chega a um sítio vai ter com o médico, é operado por outro que não</p>	9	2

	<p>conhece de lado nenhum.</p> <p>E28 Aqui as coisas podem falhar,</p> <p>E18 Uma vez que a pessoa pode não aceitar esse consentimento</p> <p>E28 A selecção vai se fazendo ao longo da carreira e depois tem médicos procurados para muitos doentes e médicos procurados para poucos doentes.</p>		
♦ INFORMAÇÃO	<p>E18 Só há qualidade se, se informar o doente.</p> <p>E25 Não vamos estar a enganar, nem a esconder a ninguém.</p> <p>E25 E na pratica clinica deve ser clara e esclarecida.</p> <p>E29 Porém é aconselhável que o doente seja informado de tudo.</p> <p>E27 faz parte o doente perceber aquilo que tem.</p>	23	11

	<p>E16 Pelo menos as pessoas estão a par do que vai acontecer.</p> <p>E19 Porque acho que as pessoas devem ser informadas</p> <p>E19A situação que estão a viver</p> <p>E19Devem ser elucidadas do que lhes estão a fazer e do que tem.</p> <p>E20 Quer dizer estarem informados á cerca do que se está a passar.</p> <p>E20 Porque há realmente uma transparência nos processos</p> <p>E22 O doente ao ser informado da doença</p> <p>E22 Entender melhor as expectativas,</p> <p>E22 entender melhor a própria cirurgia e tratamento.</p> <p>E24 Sem o consentimento informado, saber o que se passa exactamente com ele,</p>		
--	---	--	--

	<p>E24 ou explicar exactamente o que se vai fazer,</p> <p>E27 Poderão melhorar com o melhor conhecimento da doença e das limitações que isso impõe,</p> <p>E30 Ao explicar aos doentes estes ficam mais receptivos</p> <p>E30 e entendem melhor o que se está a passar.</p> <p>E27 Embora há doentes que se recusam</p> <p>E27 e não querem saber daquilo que rigorosamente tem.</p> <p>E23 Porque muitas depressões que há por aí, após operações, no pós operatório imediato ou em situações de seguimento.</p> <p>E23 Saem muito bem mas depois não foram informados muito convenientemente, convenientemente do que iria fazer quimio ou radioterapia.</p>		
♦ DECLARAÇÃO	<p>E26 Há muitos doentes que acham que estamos a duvidar da palavra deles e os obriga a escrever.</p>	3	1

	E26 Porque acho que torna as coisas um bocadinho burocráticas, E26 isto é estamos a tentar obrigar um doente a assinar um papel.		
♦ HOSPITAL	E22 Hotéis de luxo é o que querem	1	1

CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO DOS ENF NA INFORMAÇÃO E NO C.I

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS

<p>♦ ENFERMERAGEM DEVEM PARTICIPAR</p>	<p>E16 Da parte de enfermagem é as Sr. Enfermeiras que dão.</p> <p>E16 A enfermeira deve participar na parte que lhe toca,</p> <p>E16 que é os cuidados de enfermagem ao doente, que está mais habilitada do que o médico a tratar dessa parte</p> <p>E17 Só devem participar na informação à cerca dos cuidados que prestam ao doente</p> <p>E30 Pelo menos dos actos de enfermagem tem que ser os enfermeiros</p> <p>E30 Os enfermeiros sabem o que se passa,</p> <p>E20 Os enfermeiros devem ter um grau de comparticipação bom,</p>	<p>44</p>	<p>13</p>
--	---	-----------	-----------

	<p>E20 Em relação à participação dos enfermeiros no consentimento informado, lá está! É útil, é necessária.</p> <p>E20 Portanto eu penso que sim,</p> <p>E 20 é necessário</p> <p>E21 Os Sr. Enfermeiros podem ter um papel importante</p> <p>E23 Acho que os enfermeiros agora e cada vez mais colaboram bastante.</p> <p>E23Acho que devem participar</p> <p>E23 E eles estão atentos a isso.</p> <p>E23 Acho até que deviam colaborar.</p> <p>E24 Acho que tem um papel importante,</p> <p>E24 e também tem um papel importante também no apoio</p>		
--	--	--	--

	<p>continuado aos doentes,</p> <p>E24 e, e com certeza também são questionados pelos doentes sobre a sua situação,</p> <p>E24 e também têm um papel importante a esclarecer os doentes</p> <p>E24 Isto é realmente muito importante,</p> <p>E24 eu às vezes passo pelas enfermarias e vejo a forma como elas falam para os doentes,</p> <p>E24 estão mais à vontade para perguntar certas coisas</p> <p>E24 e, e acho que é importante,</p> <p>E24 e nesse sentido acho que é importante o papel do pessoal de</p>		
--	--	--	--

	<p>enfermagem.</p> <p>E25 Devem participar.</p> <p>E25 Mas as enfermeiras devem,</p> <p>E25 toda a equipa de enfermagem deve ter a consciência daquilo que se faz, daquilo que pretende e esclarecer o doente.</p> <p>E25 Que quando este não pergunta ao médico, mas pergunta à enfermeira.</p> <p>E26 Acho que podem participar</p> <p>E26 Os enfermeiros podem esclarecer e informar sempre que o doente tenha dúvidas,</p> <p>E26 estão sempre aptos a esclarecer muitas coisas.</p>		
--	--	--	--

	<p>E26 Depois é claro que os doentes possam estar mais à vontade com os enfermeiros para lhe esclarecer as dúvidas, lhe pôr dúvidas.</p> <p>E26 E será a obrigação do enfermeiro de lhe explicar.</p> <p>E28 Depois disso, a partir do momento em que as coisas estejam estabelecidas eu não</p> <p>acho que haja qualquer tipo de inconveniente que os enfermeiros participem nisso.</p> <p>E29 Fundamental.</p> <p>E29 Muitas vezes conhecem melhor o doente que nós,</p>		
--	---	--	--

	<p>E29 sobretudo a parte humana.</p> <p>E30 são pessoas licenciadas,</p> <p>E30 são pessoas diferenciadas,</p> <p>E30 têm conhecimentos.</p> <p>E20 Agora o consentimento informado habitualmente é efectuado na ausência deles.</p> <p>E20 E a maior parte das vezes é feita a nível da consulta, sem a presença da enfermeira</p> <p>E27 Isto nem sempre é possível, porque damos a informação e pedimos o consentimento informado e a enfermeira pode não estar presente.</p> <p>E20 Aqui há pouco tempo aconteceu um caso que realmente, um doente era</p>		
--	--	--	--

	<p>seropositiva e teve que ser isolada numa sala.</p> <p>Com, com o enfermeiro de serviço que até procedeu bem</p> <p>Isolou o doente, explicou ao doente. E a doente mesmo assim não aceitou.</p> <p>E22 Quando é pessoal da saúde é mais difícil, o meu antigo director tinha um refluxo e depois sabe sentiu-se mal.</p> <p>Quando soube que poderia ter alguma coisa maligna, chorou, gritou.</p> <p>Fez uma biopsia que veio semi maligna. Mas nós dissemo-lhe que ela era benigna</p> <p>Ficou todo contente, mas estava todo mestatizado.</p>		
--	--	--	--

	<p>Mas pelo menos não sofreu.</p> <p>A família sempre soube o que ele tinha.</p> <p>E20 Olhe isso é um problema, que quanto a mim não é assim tão fácil.</p> <p>E20 Agora realmente há determinados factores que não é, que fazem que não seja às vezes tão fácil.</p> <p>E20 Mas a enfermeira prá já não é sempre a mesma, rodam imenso, por turnos.</p> <p>E21 Porque, porque, o enf. que aparece,</p> <p>E21 Pára-quedista não têm obviamente capacidade para interferir nisto.</p>		
♦ ENFERMEIROS NÃO DEVEM PARTICIPAR	<p>E17 Não,</p> <p>E17 não devem participar no consentimento informado.</p>	5	4

	<p>E19 não devem ser as próprias a assumirem a situação e a informar</p> <p>E26 Mas nunca deverá a partir deles</p> <p>E28 Não são elas que fazem a primeira escalada do processo,</p>		
♦ MÉDICOS	<p>E18 Mas dado que às vezes não têm tempo, aí os enfermeiros devem colaborar</p> <p>E16 Que somente os médicos que poderão dizer o que se está a passar.</p> <p>E16 Só ele é que poderá informar ao doente do que se está a passar e dos exames.</p> <p>E16 E como se processa.</p> <p>E16 Da outra parte tem que ser o médico.</p>	40	9

	<p>E16 Cada um com as suas, seus conhecimentos.</p> <p>E16 Transmitir ao doente a parte que lhe toca.</p> <p>E18 Eu acho que quem tem que fazer o consentimento informado é sobretudo os médicos.</p> <p>E21 As coisas como é obvio, é que o serviço de cirurgia tem que tratar de toda a patologia cirúrgica.</p> <p>E21 Os serviços tem que se departamentizar e tratar de coisas específicas.</p> <p>E25 Acho que deve ser o médico a levar o consentimento informado e à família</p>		
--	--	--	--

	<p>explicar aos doentes.</p> <p>E26 Mas isso nunca se faz sem partir do médico</p> <p>E28 O papel fundamental de explicação e de propostas terapêuticas é feita pelo médico,</p> <p>E28 tem que ser sempre o médico.</p> <p>E26 Mas a obrigação é do médico</p> <p>E26 e que tenha que ser o médico em primeiro lugar a esclarecer o doente e a informação da situação.</p> <p>E24 E acho que muitas vezes o médico fala, vai falar com a pessoa</p> <p>E24 ainda o médico o possa fazer de uma forma humana,</p>		
--	---	--	--

	<p>E28 Integrada a relação médico/ doente.</p> <p>E20 Dar informações muito breves e muito directa, é o doente que toma conhecimento da sua doença, às vezes a gente diz,</p> <p>E20 Percebemos que o diagnóstico seria um rotulo,</p> <p>E20 Que iria ser negativo em relação à sua aceitação em relação ao seu tratamento</p> <p>E22 Eu sou o primeiro a explicar, o que nós esperamos, um doente do cólon o que espera.</p> <p>E22 Não é um imposto de selo, mas deve-se dizer às pessoas.</p>		
--	---	--	--

	<p>E20 Por ex. às vezes temos isto: a família não esta informada,</p> <p>E20 não quer saber</p> <p>E22 A família nunca conta ao doente,</p> <p>E22 mas a família sabe a verdade crua e nua.</p> <p>E22 Muitos dos nossos doentes não sabem o que tem, mas a família sim.</p> <p>E22 A família muitas vezes exigem-nos que façamos milagres, que façamos um transplante cerebral à mãe.</p> <p>E22 É impossível, o mais difícil é a família.</p> <p>E22 Claro que é importante para saber, dar explicações aos doentes e à família.</p>		
--	--	--	--

	<p>E22 O consentimento informado permite ajudar as expectativas do doente e família.</p> <p>E20 É evidente que eu não vou internar, propor para cirurgia sem ter o consentimento do doente.</p> <p>E20 Agora o consentimento pode não ser escrito,</p> <p>E20 porque nós ainda não temos esse habito de termos o consentimento escrito antes do internamento.</p> <p>E20 Acho que isso devia existir,</p> <p>E20 E já há quase vinte anos, houve uma folha aqui neste serviço que foi feita e depois a própria administração deste</p>		
--	--	--	--

	<p>hospital exigiu que fosse retirado, porque devia passar pelo conselho de administração</p> <p>E20 e ainda há uma folha,</p> <p>E20 folhinhas do consentimento informado e realmente.</p>		
♦ TRABALHO EM EQUIPA	<p>E28 mas podem perfeitamente ser integrados nele.</p> <p>E19 Interligação com os médicos.</p> <p>E19 Uma ligação privilegiada com os médicos.</p> <p>E19 Devem participar conjuntamente com os médicos,</p> <p>E20 Não é possível que a gente possa falar ao mesmo tempo, mas às vezes é</p>	34	10

	<p>possível com a enfermeira responsável.</p> <p>E20 Mas formalmente, normalmente informo a enfermeira e também à enfermeira de uma forma discreta, sei lá?</p> <p>E20 Nós sabemos, que é um HIV positivo e vai ser feito em último tempo, por causa disso.</p> <p>E20 E realmente lá está são informações que a gente dá porque temos conhecimentos da enfermeira que estamos a lidar,</p> <p>E20 Isto porque também pode ajudar até na aceitação de determinados procedimentos,</p> <p>E20 Que podem não ser tão óbvios</p>		
--	---	--	--

	<p>E20 Qualquer das formas é para reforçar, que o consentimento informado devia ser o ideal, na altura do consentimento informado a enfermeira tivesse presente.</p> <p>E20 as dificuldades resultam disso e que habitualmente costuma ser ultrapassadas.</p> <p>E20 Porque de uma maneira geral, há um grupo de enfermeiros num serviço, pessoas que estão há mais tempo, que conhecem,</p> <p>E20 Há até numa camaradagem profissional que é até ultrapassado.</p> <p>E21 Pressupõe obviamente que haja equipas estruturadas.</p> <p>E21 Os enfermeiros podem ter uma</p>		
--	---	--	--

	<p>actividade muito importante, mas é preciso que se funcione num esquema organizativo completamente diferente.</p> <p>E21 Por exemplo: O apoio dos enfermeiros nos osteomizados é uma coisa crucial.</p> <p>E21 Mas isso têm que funcionar numa equipa estruturada, em que cada um sabe o que é que anda a fazer.</p> <p>E21É o futuro.</p> <p>E22 Fazem parte da equipa</p> <p>E23 e até eles, são eles que nos chamam à atenção, já disse ao seu doente o que se passa.</p> <p>E23 Eles não têm os papeis, nós também</p>		
--	--	--	--

	<p>não, se eles tivessem mais o acesso, talvez, mais integração no trabalho, eles poderiam colaborar muito mais.</p> <p>E27 O enfermeiro na informação e no consentimento informado deve estar sempre inserido num trabalho em equipa,</p> <p>E27 todos trabalhamos para o mesmo fim e se complementam.</p> <p>E27 Se não é um caos.</p> <p>E27 Mas pelo menos nós a informamos à enfermeira do que o doente sabe.</p> <p>E30 Acho que devem participar de tudo tanto quanto o médico.</p> <p>E29 Deve ser o consentimento uma coisa entre o médico e o enfermeiro com o</p>		
--	--	--	--

	<p>doente.</p> <p>E20 até porque estão lá mais tempo</p> <p>E20 em presença física com o doente do que os próprios médicos.</p> <p>E24 porque acho que os enfermeiros são as pessoas, eu acho que ainda estão mais próximos do doente do que os médicos.</p> <p>E24 Porque estão o dia a dia com eles,</p> <p>E24 estão quase sempre ao serviço, estão mais próximos.</p> <p>E24 mas acho que os enfermeiros estão sempre lá,</p>		
♦ DOENTES	<p>E22 E que todas as instalações sejam de luxo, de hotel de cinco estrelas.</p>	1	1

U.T:

**O C.I DA PRESPECTIVA DO DOENTE NA ASSISTÊNCIA
PÚBLICA**

CATEGORIA: SIGNIFICADO

SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	FREQUÊNCIA	N.º SUJEITOS
♦ UTILIDADE	E31 - Acho bem. E31- É bom, melhor para o doente. E31 - Porque para se ser bem tratado e isso tudo. E33 Sim, E33 Sim, E33 acho que sim, E34 Sim, E34 sim E34 é sempre bom. E36 Sim.	86	15

	<p>E36 Sim,</p> <p>E37 Sim</p> <p>E38 Acho bem,</p> <p>E38 exactamente, acho bem.</p> <p>E38 Estou de acordo.</p> <p>E39Acho bem,</p> <p>E40 Acho bem.</p> <p>E41 Acho bem.</p> <p>E41 Sim,</p> <p>E41 sim,</p> <p>E41 acho bem que</p> <p>E41 que é bom</p> <p>E42 acho que sim,</p> <p>E42 deve!</p> <p>E44 penso que sim.</p>		
--	--	--	--

	<p>E45 O consentimento informado é bom,</p> <p>E40 acho bem.</p> <p>E32 Grande importância,</p> <p>E32 grande valor.</p> <p>E34 Significa muito</p> <p>E44 Acho que é importante.</p> <p>E44 Acho que é importante, pois claro</p> <p>E44 Para melhorar o nosso estado de saúde,</p> <p>E33 acho que existe aqui neste hospital.</p> <p>E39 que deve existir</p> <p>E31 - Sim</p> <p>E32 Muito</p> <p>E32 muito</p> <p>E33 Sim</p> <p>E34 Sim,</p>		
--	--	--	--

	<p>E36 Sim,</p> <p>E36 sim,</p> <p>E36 sim.</p> <p>E37 Sim.</p> <p>E38 e acho que sim.</p> <p>E38 Estou absolutamente de acordo.</p> <p>E39 Sim,</p> <p>E39 sim.</p> <p>E39 Eu acho que sim</p> <p>E40 Sim,</p> <p>E41 Sim.</p> <p>E42 Sim,</p> <p>E43 Pois sim.</p> <p>E44 Eu acho que sim.</p> <p>E45 Sim,</p>		
--	--	--	--

	<p>E45 sim.</p> <p>E34 ajuda,</p> <p>E34 ajuda.</p> <p>E34 Eu sou transplantada e ajudou.</p> <p>E39 em relação aos procedimentos cirúrgicos,</p> <p>E42 ajudou.</p> <p>E43 Ajuda se, se fizer como eles mandam,</p> <p>E43 ajuda.</p> <p>E44 Acho que ajuda, sem isso não há nada, não é?</p> <p>E45 A mim ajudou-me muito.</p> <p>E39 ajuda a encarar a própria doença mesmo.</p> <p>E33 Não,</p> <p>E33 essa parte não.</p> <p>E35 Não,</p> <p>E35 não sei,</p>		
--	--	--	--

	E31 Acho que sim.		
	E32 Muito útil.		
	E33 Acho.		
	E34 Sim.		
	E35 Acho bem,		
	E36 Acho que sim.		
	E37 Acho, bastante.		
	E38 Eu acho útil		
	E39 Muito útil.		
	E40 Eu acho que sim.		
	E41 Sim, é.		
	E42 Eu acho que sim.		
	E44 Acho.		
	E44 Penso que sim.		
	E45 Sim.		

♦ INFORMAÇÃO	<p>E33 Porque eu entrei com uma coisa e afinal trago...tenho três coisas.</p> <p>E33 O meu caso é muito difícil, complicado.</p> <p>E33 Mas continua a ser complicado,</p> <p>E33 difícil a minha situação.</p> <p>E36 A minha doença é uma massa á volta do útero e tenho apendicite, a vesícula e portanto não é uma são quatro operações.</p> <p>E36 Tenho uma massa liquida que me obriga a usar um penso vinte e quatro horas, porque corria, hum...era um corrimento e saia para fora.</p> <p>E36 Os médicos disseram-me que acusava só aquela massa</p> <p>E36 Mas na operação acusou que me estava a</p>	104	15

	<p>apanhar tudo.</p> <p>E38E de vez em enquanto entro em aflição, e tenho aquelas crises e apanha-me as dores nas costas e má disposição.</p> <p>E40 Já tive para fazer a operação nos anos 80, mas depois não cheguei a ser. Tenho estado a fugir do marisco que acho que faz mal. A fugir daquilo que acho que faz mal, do outro que faz mal.</p> <p>E40 E assim tenho andado até à data, não me tenho preocupado, mas agora tiveram que fazer barulho, e como tiveram que fazer barulho tive, tiveram que as tirar.</p> <p>E36 Só sei que amanhã vou ter alta, de resto o médico irá falar amanhã comigo.</p> <p>E36 Quanto aos medicamentos que irei tomar, não</p>		
--	---	--	--

	<p>sei só saberei amanhã.</p> <p>E36 E à alta também só saberei amanhã.</p> <p>E36 Não sei, só saberei amanhã.</p> <p>E35 ainda não me explicaram nada e vou ser operada amanhã,</p> <p>E35 não sei a que vou ser operada.</p> <p>E35 Não sei o que me vão fazer.</p> <p>E38 No meu caso também não me deram qualquer informação, era o caso da pedra na vesícula que estava em perigo de se deslocar</p> <p>E32 estou confortada,</p> <p>E32 estou confiante</p> <p>E32 e estou bem.</p> <p>E38 Directamente ao doente</p> <p>E38 há o primeiro impacto, com a continuidade</p>		
--	--	--	--

	<p>E38 É por isso ...isto a vida não há nada que enganar.</p> <p>E38 Ajuda a desenvolver a nossa mentalidade.</p> <p>E38Tenho realmente tido muita porcarias mas acontece a qualquer pessoa</p> <p>E41 Mas entendo pouco o que me dizem.</p> <p>E45 Mas eu não percebo muito bem o que o médico me diz.</p> <p>E33 Sabe eu sou super nervosa, não é?</p> <p>E33 É importante os doentes saberem, o que têm</p> <p>E31 Porque é melhor para o doente</p> <p>E39 é o principal interessado na situação dele.</p> <p>E45 Bom para as pessoas saberem o que tem, como se sentem,</p> <p>E31 Para saber o que tem e o que não tem.</p>		
--	---	--	--

	<p>E32 Estou informada.</p> <p>E33 O médico já me disse uma vez que a minha situação é grave.</p> <p>E34 A pessoa tem que andar informada</p> <p>E35 porque a pessoa percebe o que passou, o que não passou, como está, como não está.</p> <p>E35 Acho bem que as pessoas saibam,</p> <p>E35 acho bem que digam às pessoas.</p> <p>E36 Porque assim uma pessoa sabe o que está sofrendo.</p> <p>E36 Porque acho que se a pessoa for informada leva a coisa a melhor.</p> <p>E37 Porque acho que a qualquer pessoa deve de ser feito</p> <p>E38 Eu na minha maneira de ser a pessoa</p>		
--	--	--	--

	<p>E38 Mas a pessoa nunca está mentalizada</p> <p>E38 Acho que viver enganada, não é viver</p> <p>E39 Porque a gente deve estar sempre a par de tudo o que se passa connosco,</p> <p>E40 As pessoas tem que saber.</p> <p>E40 Mas é isso que eu tenho sentido, a tensão, o colesterol, é, é às vezes falta de forças no corpo, o corpo mole, muito mole.</p> <p>E44 E também a sermos informados do que temos e o que nos vai acontecer.</p> <p>E45 as pessoas falando umas com as outras entendem-se.</p> <p>E40 Eu também tenho outras coisas, tive um AVC, tive, tenho colesterol muito alto e ainda está, tenho a tensão alta.</p>		
--	--	--	--

	<p>E40 Não sei se foi da trombose ou do que foi.</p> <p>E43 Não sei.</p> <p>E33 Mas como é que eu posso saber isso?</p> <p>E33 Saber informações à cerca da minha doença?</p> <p>E33 Eu não sei, mas gostava muito.</p> <p>E33 Não tenho acesso às informações sobre a minha doença. Como chego lá?</p> <p>E37 Então porquê? Porque não perguntei.</p> <p>E37 Então porque é que não perguntaste?</p> <p>E37 As pessoas estão para dar informações sobre aquilo que nós necessitamos, caso não saibam, tudo bem</p> <p>E33 E, e... estou à espera de tudo.</p> <p>E33 Eu tenho uma cara esplendida, mas falta-me qualquer coisa.</p>		
--	--	--	--

	<p>E36 Porque eu tenho a situação da minha mãe, que nunca soube do que é que morreu.</p> <p>E36 Sabíamos que era uma cirrose, duvidávamos.</p> <p>E36 Porque nunca nos disseram nada.</p> <p>E42 Derivado à pessoa que sou, nem todas as pessoas conseguem aceitar</p>		
♦ RELAÇÃO MÉDICO/DTE	<p>E37 E o médico assim me respondeu.</p> <p>E37 Eu perguntei qual era o meu problema e ele disse-me o que era,</p> <p>E37 perguntei como era a operação e ele disse-me que não sabia o que iria encontrar, iria ver.</p> <p>E37 Se era aberta ou com furos, ia ver.</p> <p>E37 A nível da medicação disse-me aquilo que</p>	39	11

	<p>estava a tomar.</p> <p>E37 fiz as perguntas todas.</p> <p>E39 O que se passa connosco, com a nossa doença</p> <p>E39 e o que vão fazer.</p> <p>E45 É o médico explicar o que eu tenho e o que ele vai fazer-me.</p> <p>E43 É importante olharem para as doenças, para essas coisas todas.</p> <p>E44 Se a gente seguir em rigor o que o médico nos diz,</p> <p>E44 pois é uma informação que eles nos transmite, se seguida em rigor é bom para o nosso estado de saúde</p> <p>E37 Eu também fiz as perguntas todas que achava que devia fazer.</p>		
--	--	--	--

	<p>E42 E, e na minha opinião primeiro deve-se estudar a pessoa,</p> <p>E42 ter uma ideia mais ou menos sobre as pessoas,</p> <p>E33 Não sei se vou saber responder,</p> <p>E33 sou analfabeta.</p> <p>E35 Não sei falar bem sobre isso.</p> <p>E34 Os médicos explicam e ajuda.</p> <p>E33 Embora o médico... coitado se esforce</p> <p>E33 Ainda hoje se esforçou, ainda ontem também se esforçou.</p> <p>E45 O médico lá sabe.</p> <p>E32 Fiquei muito grata</p> <p>E32 É a melhor coisa que me aconteceu desde que vim a Portugal</p> <p>E32 Não sei que medicamentos vou tomar, mas fui</p>		
--	---	--	--

	<p>muito bem tratada.</p> <p>E43 Para mim é importante que olhem prá gente quando a gente precisa, não é?</p> <p>É isso mesmo.</p> <p>E44 Em ajudar o doente a ser curado o mais rapidamente possível</p> <p>E44 e ajudar ao médico a ter menos trabalho connosco.</p> <p>E41 Mas foi importante para mim o Sr Dr.º explicar-me o que eu tenho.</p> <p>E38 também para o doente como para a família.</p> <p>E44 Porque se a gente não informar, não dizerem ao médico realmente aquilo que sentimos, ou que já sentimos anteriormente...</p> <p>E44 O médico vai ter mais dificuldade em detectar</p>		
--	---	--	--

	<p>a nossa, nossa doença.</p> <p>E41 Mas foi importante para mim o Sr Dr.º explicar-me o que eu tenho.</p> <p>E38 também para o doente como para a família.</p> <p>E41 Mas como lhe disse eu sou analfabeta</p>		
♦ PARTICIPAR	<p>E38 Porque, olhe como tenho tido tantos casos na família e a gente pronto, já sabe.</p> <p>E33 Já tive em quartos particulares e...e foi pior, o internamento não foi bom.</p> <p>E33 Agora estou satisfeita.</p> <p>E39 O consentimento informado é estarem-nos a pedir uma opinião</p> <p>E40 Porque cada qual dá a sua opinião e eu fico fora,</p> <p>E40 porque não tenho que meter o meu bedelho e</p>	9	5

	<p>não sei assuntos não vou fazer nada.</p> <p>E42 Para mim eu aceitaria a doença</p> <p>E42 eu aceitaria,</p> <p>E42 mas o meu marido já não.</p>		
♦ RELAÇÃO DTE/ EQUIPA DE SAÚDE	<p>E35 Toda a equipa tratou-me bem, muito bem e eles são bons para mim</p> <p>E36 Acho que não tenho razão de queixa, a equipa tem sido muito boa.</p>	2	2

CATEGORIA: QUEM DEVE INFORMAR E PEDIR O C.I

SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ MÉDICO	<p>E31 - É o médico.</p> <p>E33 Sim, o meu médico.</p> <p>E34 Para mim os médicos.</p> <p>E35 Acho os médicos.</p> <p>E36 Acho que é o próprio médico</p> <p>E36 ou médica.</p> <p>E36 Pronto é o médico que me está a seguir,</p> <p>E37 O médico</p> <p>E39 Em principio deve ser o médico que é a pessoa mais indicada,</p> <p>E40 A minha médica, quando eu lá vou.</p>	50	14

	<p>E41 O médico,</p> <p>E42 Mas eu acho mais o médico</p> <p>E43 O médico.</p> <p>E43 Deve ser com certeza o médico,</p> <p>E43 acho que sim.</p> <p>E44 Para já o médico assistente,</p> <p>E45 Para mim os Doutores.</p> <p>E45 É ele que me vai operar.</p> <p>E44 É o médico,</p> <p>E44 Será o médico, é a pessoa mais indicada</p> <p>E44 E depois o que é que acontece, há mais dispêndio à caixa,</p> <p>E44 o doente sofre mais e o doente acaba com a saúde que devia ter.</p>		
--	--	--	--

	<p>E44 Eu sinto que aqui para a frente, que não vou ser a mesma pessoa.</p> <p>E44 Se fosse operado aqui à 10 anos a trás, quando me comecei a queixar.</p> <p>E36 é que me deve informar,</p> <p>E36 falar com a gente.</p> <p>E39 é a pessoa que poderá explicar melhor a doença que tem.</p> <p>E38 Eu sou a favor, gostava de saber, o que é.</p> <p>E33 Será o meu médico, não é?</p> <p>E38 É um bocado difícil.</p> <p>E41 não é?</p> <p>E43 Sei lá!</p> <p>E44 Quem me deve informar?</p> <p>E44 não é?</p>		
--	---	--	--

	<p>E45 Quem?</p> <p>E44 muitas vezes o problema dos doentes chegarem a um certo e determinado estado de doença já mais um pouco mais avançada,</p> <p>E44 Este problema que eu tinha já há muitos anos, que sofria disto.</p> <p>Eu ia ao médico e o médico receitava mais uns supositórios, mais uns comprimidos, faça uma dieta,, faça assim.</p> <p>E nunca me mandaram fazer exames.</p> <p>E44 Se a minha médica de família aqui há três anos a trás</p> <p>E44 Se a minha médica há dois, três, quatro , cinco anos a trás</p> <p>E44 Andei-me a queixar a ela e todas as vezes que</p>		
--	---	--	--

	<p>eu tive com baixa foi derivado a esta situação, se forem ver o meu cadastro, de baixa na caixa, foi sempre a queixar-me do estômago.</p> <p>E, e isto talvez não chega-se a este ponto, quem sofreu com isto fui eu, sou eu que estou a sofrer com isto.</p> <p>Não foi que eu desse informações à médica.</p> <p>E44 é os próprios médicos assistentes que temos nas nossas aldeias, que não ligam muito aquilo que a gente lhes diz, aquilo que a gente lhes transmite.</p> <p>E44 A minha sorte foi ter entrado aqui e...e ter-me queixado a um médico particular, teve que ser a pagar, esse médico particular, como tinha aqui, o Dr. TB o pessoal amigo, mandou-me para ele.</p> <p>E44 Mas quando eu vim para ele já tinha feito uns</p>		
--	--	--	--

	<p>exames a pagar, com o meu médico,</p> <p>E44 a minha médica de família nunca se interessou muito por isto.</p> <p>E44 A médica é que muitas vezes se esteve borrifando, para aquilo que eu estava a dizer!</p> <p>E44 Entra a cem num ouvido e saí a duzentos no outro.</p> <p>E44 O problema é esse.</p> <p>E44 Portanto quando cheguei aqui o meu médico disse:</p> <p>“ Nós já sabemos o que você tem, agora vai fazer mais estes exames para</p> <p>confirmar ao certo e no fim deter os exames, é que me mandou internar.</p> <p>E44 Mandou-me internar, mandou-me operar e</p>		
--	---	--	--

	<p>realmente bateu tudo certo.</p> <p>E44 Bateu tudo certo</p> <p>E38 Acho que deve ser o médico acompanhado de uma pessoa que seja.... o marido nem sempre serve para estas coisas.</p> <p>E38 O meu não dá, não pergunta.</p> <p>E42 O médico com a própria pessoa ou o familiar mais próximo.</p>		
♦ TRABALHO EM EQUIPA	<p>E32 Os médicos e os enfermeiros.</p> <p>E34 Para mim em primeiro lugar os médicos e a seguir os enfermeiros</p> <p>E42 O médico com a enfermagem.</p>	3	3
♦ ENFERMAGEM	<p>E38 O acompanhamento com uma boa enfermeira, uma boa assistente que nos saiba informar como</p>	2	1

	deve ser, nos prós e contras.		
	E38 Que saiba das doenças.		

CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO DOS DOENTES NA DECISÃO MÉDICA

SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ PARTICIPAR	E31 - Acho que sim. E31 Sim, E31 sim. E32 Sim, E35 Sim E39 Penso que sim. E39 Acho que sim. E42 Sim, E42 acho que sim. E45 Sim, E32 Mas gostava muito de participar no que me vão fazer... acha que posso?	30	14

	<p>E33 Não.</p> <p>E34 Não,</p> <p>E37 Não.</p> <p>E41 Não,</p> <p>E43 Não,</p> <p>E44 Não,</p> <p>E44 não,</p> <p>E44 não,</p> <p>E44 acho que não.</p> <p>E37 Eu?</p> <p>E44 Participar?</p> <p>E37 Não é?</p> <p>E40 Não sei.</p> <p>E45 talvez,</p> <p>E36 Em algumas partes.</p>		
--	---	--	--

	<p>E39 Devia de haver um acordo entre o doente e o médico.</p> <p>E39 Portanto devia de haver um consentimento entre o médico e o doente.</p> <p>E39 Têm que haver opiniões compartilhadas, vamos assim dizer</p>		
♦ INFORMAÇÃO	<p>E39 Sobre os tratamentos e isso.</p> <p>E31 Para saber tudo o que se passa comigo.</p> <p>E31 - Para saber tudo o que se passa.</p> <p>E31 Para saber como se passam as coisas.</p> <p>E35 Porque para saber mais claro o que</p>	12	5

	<p>vai ser feito.</p> <p>E42 Porque normalmente nós gostamos de saber o que é</p> <p>E42 , o que se passa connosco</p> <p>E42 ou com os nossos familiares.</p> <p>E45 E, e pronto, o trabalho que foi feito e o que fizeram</p> <p>E45 e o doente deve estar ao corrente de tudo o que se passou.</p> <p>E45 em tudo.</p> <p>E45 Há médicos que não explicam aos doentes o que é que se está a passar.</p>		
♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DTE	<p>E33 Os médicos é que estudaram, foi para isso que estudaram.</p> <p>E34 isso é com os médicos.</p>	26	9

	<p>E37 Se eu sou auxiliar educativa tenho a minha profissão, se o médico tem a sua profissão, quem sou eu para discordar do que ele irá fazer?</p> <p>E38 Ou aceita ou deixa o médico.</p> <p>E38 Não sou muito de opiniões,</p> <p>E38 sou um bocado difícil,</p> <p>E38 acho que eles como médicos é que devem saber melhor.</p> <p>E38 Eu sou difícil de dar uma opinião,</p> <p>E38 que acho que não sei se estou a dizer bem ou mal.</p> <p>E40 A gente está no hábito quando a gente vai à doutora e ela é que decide,</p> <p>E40 o Dr. passa um remédio e sara.</p>		
--	--	--	--

	<p>E40 Se não sara voltamos lá, porque não sarou e torna a dar até ver se sara.</p> <p>E40 Não se para até sarar, se não sara vamos de charola.</p> <p>E40 Oh! menina quem sabe são os médicos.</p> <p>E44 só o médico é que tem que avaliar se o doente precisa de ser operado,</p> <p>E44 se não precisa de ser operado,</p> <p>E44 se tem que fazer um tratamento.</p> <p>E33 Para ignorante chego eu!</p> <p>E41 O médico teve estudos ele é que sabe.</p> <p>E44 Porque não estudei para médico,</p> <p>E38 Portanto eu confio a 100% neles.</p>		
--	---	--	--

	<p>E43 porque confio no médico</p> <p>E37 Que é para o meu bem estar.</p> <p>E36 Colocarem-me sangue, não!</p> <p>E36 Não me coloquem sangue, porque não concordo.</p> <p>E41 porque sou analfabeta</p> <p>E39 Nem sempre as pessoas estão dispostas, umas a lutar outras a não lutar.</p>		
--	--	--	--

CATEGORIA: ACESSO DO DTE À INFORMAÇÃO

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ MÉDICO	<p>E31 Pelo meu médico</p> <p>E32 Pela Dr.ª I. C.</p> <p>E37 O meu médico</p> <p>E38 Vim à urgência e uma médica disse.</p> <p>E39 A minha médica de família,</p> <p>E39 O médico quando vim á consulta</p> <p>E40 Como eu digo pelo médico.</p> <p>E41 Tive uma consulta e mandaram-me chamar</p> <p>E42 E depois a médica entrou em pânico, foi logo á procura do meu médico assistente no hospital.</p> <p>E33 Agora o meu médico diz-me que está tudo bem.</p>	74	14

	<p>E42 E nesse aspecto foi muito simpática e o meu médico assistente tratou logo do assunto</p> <p>E33 Eu sou muito nervosa e não percebi o que ele me disse.</p> <p>E44 Isto, a gente, tem que se medir as situações dos doentes, cada caso é um caso.</p> <p>E44 E depois ainda há outra coisa, eu como sou camionista, cada pessoa o seu tratamento.</p> <p>E32 Deu-me uma carta fechada para dar ao Dr. F. A e depois disse-me a informação tal e qual e pronto</p> <p>E32 De uma forma abrupta.</p> <p>E33 Um bocado antes da operação, explicou-me.</p> <p>E34 Foi normalmente</p> <p>E34 No meu caso o rim... o rim estava... mirou e o médico disse-me que tinha que fazer hemodiálise, porque o rim ia parar.</p>		
--	--	--	--

	<p>E33 A mim... foi-me transmitida</p> <p>E36 Fui à minha médica de família que me fez os exames ao peito.</p> <p>Os exames ao peito e à barriga.</p> <p>E36 No peito não tinha nada, mas na barriga acusou dois miomas, daí fui à minha médica de família.</p> <p>E36 A minha médica de família mandou para eu ir para aqui, uma credencial para enviar para aqui, para ser operada aqui.</p> <p>E37 explicou-me ou vou abri-la ou só coloco-lhe dois furinhos e opero-a</p> <p>E37 e eu percebi.</p> <p>E37 Está no entender deve</p> <p>E37 Ele não me vai deixar de operar só pelos furinhos.</p> <p>E38 “A Sr.^a está em perigo, tem que ser operada, se for uma ou</p>		
--	--	--	--

	<p>duas crises a gente deixava passar, mas a Sr tem muitas e estão sujeitas a se deslocarem, que são essas crises que tem. Portanto é melhor tirar.”</p> <p>E38 De maneira que foi por isso que ma tiraram.</p> <p>E39 que me disse que era uma coisa simples, mas...mas, queixei-me e ela disse que era isso.</p> <p>E39 também disse o mesmo, que a vesícula tinha que ser retirada</p> <p>E40 Tiraram-me radiografias e ...e viu o que tinha e depois nada, nada não.</p> <p>E40 Na urgência tiraram-me a análise e disseram-me que eram pedras na vesícula e que tinha que ficar internada.</p> <p>E41 E explicaram-me o que tinha, tinha pedras ou pedrões na vesícula.</p> <p>E42 Foi transmitido assim de uma forma um bocado</p>		
--	--	--	--

	<p>complicada,</p> <p>E42 E então pensamos em fazer o exame, mas não contávamos com o que surgiu.</p> <p>E42 Transmitiram-me a informação de que eu tinha um cancro já bastante adiantado e que tinha que ser retirado, já imediatamente.</p> <p>E42 Foi só!</p> <p>E42 Depois tiraram-me um bocadinho para a biopsia, para a biopsia</p> <p>E42 E passado pouco tempo, deram-me logo o resultado da biopsia.</p> <p>E44 Provavelmente esta doença que eu tenho hoje, possivelmente se fosse há uns anos a trás poderia-se ter evitado a operação.</p> <p>E45 Quando vim para cá já sabia o que vinha fazer.</p>		
--	--	--	--

	<p>E45 E depois cheguei cá e fui transplantado e agora está a decorrer normalmente</p> <p>E44 Era capaz de se ter evitado a operação.</p> <p>E44 Só que o problema é que a médica não se interessou pelos doentes,</p> <p>E44 primeiras vezes que me queixei, isto foi degradando e depois comecei a ter medo da médica,</p> <p>E44 juro que comecei a ter medo da medica.</p> <p>E44 Sinceramente juro que comecei a ter medo da medica.</p> <p>E44 A médica começou-me depois a dizer então os comprimidos não fazem bem?</p> <p>E44 Sempre aqui a gente começa a ficar farto também.</p> <p>E44 O único médico que conseguiu detectar o meu problema foi o Dr. B, particular a pagar, cheguei lá a queixar-me e ele disse-me já sei o que tem.</p>		
--	---	--	--

	<p>E44 Você tem uma estenose, mas quero fazer mais um exame para ter a certeza e depois fez os outros e depois fez os outros e mandou-me vir ao Cartaxo para fazer os outros exames, eu fui ao Cartaxo e depois disse-me está descoberto o que você tem, e agora não o posso operar, vou mandá-lo para Lisboa para o Hospital de Santa Maria, vai ter com o Dr. TB que o vai encaminhar para a operação.</p> <p>E44 E foi, foram cinco estrelas.</p> <p>E44 Pronto o médico para mim já sabia o que é que tinha, no fundo não sabia tudo, tudo o que tinha, o médico chegou-se ao pé de mim</p> <p>E44 Eu também lhe disse que não valia a pena esconder-me a doença, eu tenho uma extrema confiança nele</p> <p>E44 e acho que ele não me está a mentir em nada.</p> <p>Penso eu, não sei?</p>		
--	---	--	--

	<p>E44 Pode haver também alguma coisa e o doente não é obrigado a saber tudo.</p> <p>E44 mas o Dr. T.B disse quando me mandava operar, mandou-me fazer um exame à vesícula e acusou pedras, não sei quantas.</p> <p>E44 E o Dr. T.B antes de operar disse-me, vamos operá-lo à estenose e vamos operá-lo também à vesícula, vamos retirar a vesícula, não lhe prometo nada,</p> <p>E44 Eles operaram-me no fim quando estive aqui na cama ele disse-me afinal de contas operamo-te mas não tocamos na vesícula, porque ele estava boa, se estava boa não íamos tirar um órgão que estava em boas condições... pausa</p> <p>A única coisa era a estenose que estava ...hum...a começar a fazer uma pancreatite, porque estava a começar a inchar e a abrir o pâncreas.</p>		
--	---	--	--

	<p>E44 Disse-me que tinha visto tudo e estava tudo bem. Está tudo a ficar bom.</p> <p>E44 Eu disse o Dr. é que sabe, eu estou muito confiante, muito contente, acho que não me está a mentir.</p> <p>E44 Porque se ele me disser que é uma doença que isto é</p> <p>E44 Ele não é culpado, só é culpado se me estiver a mentir.</p> <p>E44 Porque há pessoas que não gostam de saber, de receber de chofre o tipo de doença que tem.</p> <p>E44 Mas eu não me importo, porque ele não é o culpado.</p> <p>E44 Ele não é o culpado, ele fez o que pode.</p> <p>E44 Eu tenho muita consideração por ele.</p> <p>E44 Ele tem sido incansável.</p> <p>E44 Agora ficarei um bocado ofendido com ele se ele realmente me andar a esconder alguma coisa., mas eu penso que não.</p>		
--	--	--	--

	<p>E38 Foi transmitido precisamente através da urgência que eu fui.</p> <p>E36 Ainda hoje perguntei á minha médica.</p> <p>“ Dr.^a o meu problema é canceroso?”</p> <p>E36 Respondeu-me ele que não é, mas ainda não sabemos o resultado do exame.</p> <p>E45 Se eu tiver uma doença ruim e os médicos souberem e não me contarem , eu mais tarde venho a saber e não fico muito satisfeito.</p> <p>E33 Mas os médicos não falam.</p> <p>E34 Antigamente acho que escondiam as doenças</p> <p>E34 e os médicos em geral dizem logo,</p> <p>E34 não escondem.</p> <p>E43 A função deles é tratar, quando estão doentes, quando podem ,é assim mesmo.</p>		
--	---	--	--

	<p>E44 Porque há aqueles doentes,</p> <p>E44 aqueles doentes mais conversadores que tem mais a noção do que é a doença</p> <p>E44 e há aqueles doentes muitas vezes que não tem a noção do que é a doença.</p> <p>E44 Há que estudar muito bem o doente,</p> <p>E44 o doente em que ser muito bem estudado.</p> <p>E34 E o meu médico esclareceu-me de tudo,</p> <p>E44 tudo depende do que o doente falar com o médico.</p>		
♦ INFORMAÇÃO	<p>E31 Hum... primeiro foi a diabetes</p> <p>Hum... Estava com diabetes...</p> <p>Depois foi o transplante dos rins</p> <p>E agora á coisa de um ano foi o tumor.</p> <p>E32 Foi transmitida sexualmente</p> <p>E33 Eu queixava-me com dores e os médicos chegaram à</p>	168	15

	<p>conclusão que não havia medicamentos para mim.</p> <p>E33 Tinha um tumor escondido, muito bem escondido.</p> <p>E35 Foi o médico do posto que disse que estava mal e para ir o mais rápido possível para o hospital.</p> <p>E35 Fez-me uma carta para ser internada.</p> <p>E38 Que eu estava a fazer uma perionite ou pancreatite, qualquer coisa que estava a fazer pedra na vesícula e eu não sabia, não sabia.</p> <p>E38 Mas enrolaram-me ali.</p> <p>E38 E no outro dia eu estabilizei e mandaram-me vir no outro dia se não melhorasse.</p> <p>E38 Como não melhorei, vim no outro dia, até me disseram que as análises estavam melhores e encaminharam-me para a médica de família.</p> <p>E38 O meu médico de família é uma pessoa bastante lenta, não</p>		
--	--	--	--

	<p> digo que não seja simpática, mas é o deixa andar, ela disse-me:</p> <p>“ A Sr.^a tem realmente pedra na vesícula vamos fazer os exames, o que estamos à espera de uma crise.</p> <p>E38 Só que quando eu tenho uma crise, encolho-me em casa e é muito raro ir ao médico.</p> <p>E38 Só numa aflição e foi assim que descobriram que tinha pedra na vesícula.</p> <p>E44 Portanto uma pessoa que seja empregada em Portugal, seja em Portugal, na sua área de residência, todos os dias essa pessoa tem que ter um tratamento. Uma pessoa que só está na área de residência que só está de 10 em 10 dias tem que ter outro tipo de tratamento.</p> <p>E44 Não pode ser a médica a marcar as consultas, mas sim o doente, a pedir a consulta á médica.</p> <p>E44 E a médica não aceitava isso, a médica dizia-me:</p>		
--	---	--	--

	<p>“ Olhe venha no dia 23”</p> <p>Ao que lhe respondia que era camionista internacional, nesse dia estava na Alemanha, não vinha de avião para vir à consulta.</p> <p>Depois quando cá chegava no dia 24, ou 25 ou 26 vinha para ter consulta e ela já não me atendia, não me queria consultar.</p> <p>E44 Eu sou um caso, eu por exemplo estive internado 18 dias em França, o próprio médico deu o número de telefone dele, o próprio médico deu o número de telefone dele...</p> <p>Estes elementos estão no dossier do internamento que estive em França.</p> <p>Eu por acaso sei falar bem Francês, eu metia as rodas do camião em França, telefonava-lhe par o médico, que era o Dr. T, olhe eu já estou aqui em França em Tolouse e ele respondia-me quando está em Lile, e...e eu respondia-lhe que estava em Lile amanhã de manhã à primeira hora.</p>		
--	---	--	--

	<p>Então pronto amanhã à primeira hora estou aqui em Lile e ele lá estava para me consultar.</p> <p>E ele lá estava e consultava-me.</p> <p>Só que infelizmente ele também não descobriu, eu queixava-me</p> <p>Fez-me centenas de exames e nunca conseguiu detectar o meu problema.</p> <p>E40 No Porto onde eu moro as enfermeiras enviaram-me para uma consulta para o Hospital de Santa Maria para a cirurgia.</p> <p>E40 Marquei-a e tenho estado á espera.</p> <p>E40 Mas quando a gente fica na fila de espera, leva muito tempo.</p> <p>E40 E entretanto surgiu-me isto de repente. Estas dores, estas dores de barriga e eu ficar mal.</p> <p>E40 Resolvi vir às urgências do Santa Maria para ver o que era e o é que dava.</p>		
--	---	--	--

	<p>E36 Eu tinha sintoma</p> <p>E36 e depois eu sou macaquinha, eu tinha um problema no peito,</p> <p>E36 sabe uma prima também tinha o mesmo problema no peito</p> <p>E36 e eu fiquei preocupada.</p> <p>E41 Foram as dores que me deu.</p> <p>E42 porque eu comecei a deitar sangue pelas fezes, aconteceu uma vez.</p> <p>E45 Portanto, a minha doença eu praticamente já sabia a doença que tinha.</p> <p>E31 Foi tudo de seguida, foi um grande sofrimento.</p> <p>E33 Mas como sabe o meu caso, é muito difícil.</p> <p>E33 Eu entrei de sexta para sábado e falou com o meu marido</p> <p>E35 Não foi.</p> <p>E35 E aqui estou à espera que me digam alguma coisa.</p>		
--	--	--	--

	<p>E35 Pois eu vou ser operada amanhã.</p> <p>E43 Só sei explicar que fui para aqui para uma consulta e fui logo cortada imediatamente.</p> <p>E43 Foi logo imediatamente aquilo não demorou mais de duas horas, a fazer análises, aquelas coisas todas, não demorou duas horas.</p> <p>E43 E eu a não fazer conta de ser cortada.</p> <p>E43 É isto mas está a correr bem, espero bem que sim.</p> <p>E45 Portanto foi-me transmitido através do telefone que vinha fazer um transplante.</p> <p>E42 Mas de qualquer maneira teve que ser.</p> <p>E42 Depende da aceitação da pessoa,</p> <p>E42 há pessoas que gostam de saber e aceitam</p> <p>E31 Há muitos doentes que não aguentam.</p> <p>E42 e há outras que não conseguem aceitar.</p>		
--	---	--	--

	<p>E42 E as que não conseguem aceitar,</p> <p>E44 Eu não sou burro tenho isto há 17 anos e sei como são as coisas.</p> <p>E31 É melhor não.</p> <p>E32 Acho que sim.</p> <p>E33 Sim.</p> <p>E34 Acho bem,</p> <p>E35 Acho que sim,</p> <p>E35 acho que sim</p> <p>E40 Eu acho bem</p> <p>E41 Sim.</p> <p>E43 Acho que sim</p> <p>E37 Deve.</p> <p>E39 Acho que tem o direito de saber.</p> <p>E45 Acho que devem ser informados</p>		
--	---	--	--

	<p>E34 e agora acho que a pessoa devia saber logo o que tem</p> <p>E37 é difícil, passei por isso e espero nunca vir a passar.</p> <p>E37 Deve ser muito difícil.</p> <p>E37 Deve ser uma reacção difícil,</p> <p>E37 uma reacção horrível,</p> <p>E37 um período muito difícil.</p> <p>E37 Mas a gente adapta-se a tudo.</p> <p>E37 E há uma adaptação, que até acho que pode ser muito boa.</p> <p>E38 Porque hoje em dia temos que encara a vida como ele é e temos que a aceitar</p> <p>E38 e ter força para a aceitar.</p> <p>E38 Se a gente souber o que tem , que sei lá, a gente julga que sim.</p> <p>E38 A gente pode pensar de uma maneira</p> <p>mas depois é isso o que eu penso.</p>		
--	--	--	--

	<p>E42 porque entram em pânico</p> <p>E42 e depois sofrem eles muito mais</p> <p>E39 É como eu disse o principal interessado em saber o que se passa consigo próprio é o próprio doente</p> <p>E34 gosto que me digam o que tenho.</p> <p>E36 Nós devemos estar informados para saber o que é que temos,</p> <p>E36 para orientarmos a nossa vida, para certas coisas.</p> <p>E37 Não deve ser enganado, nunca!</p> <p>E37 Nunca,</p> <p>E37 A pessoa ter essa informação, para também lidar com a situação.</p> <p>E37 E também há casos que as pessoas ganham uma coragem que nunca tiveram na vida e conseguem superar, mesmo sabendo, sabendo que tem poucos meses de vida, que é</p>		
--	---	--	--

	<p>gravíssima.</p> <p>E37 Eu acho que não deve ser encoberto.</p> <p>E40 eles terem a informação,</p> <p>E40 porque devem saber o que têm</p> <p>E41 Para saberem o que tem</p> <p>E43 que se deve informá-los,</p> <p>E43 para saberem o que é que se passa.</p> <p>E45 Fico satisfeito se o médico souber que eu tenho uma doença ruim e me contar, eu fico satisfeitiíssimo.</p> <p>E45 Porque posso vir a fazer tratamento ou outra coisa qualquer</p> <p>E38 Eu à primeira vista não, sou talvez muito directa.</p> <p>E38 Mas depois com o tempo sou.</p> <p>E38 Eu no meu caso a primeira vez no inicio diria que não.</p> <p>E38 Mas depois com o desenrolar sim. Que devia ser</p>		
--	---	--	--

	<p>informada.</p> <p>E44 Quer dizer, eu só gostaria de ter acesso se fosse uma coisa perigosa.</p> <p>E44 Se não fosse estou-me nas tintas.</p> <p>E42 acho que é melhor não saber</p> <p>E41 e a família começam-se a preparar que o doente vai morrer</p> <p>E42 e sofre a família</p> <p>E31 Eu cá quero,</p> <p>E31 quero.</p> <p>E32 Sim senhora.</p> <p>E33 Sim,</p> <p>E33 é o que eu mais quero.</p> <p>E34 Sim.</p> <p>E35 Acho que sim.</p> <p>E35 Porque eu quero saber,</p>		
--	---	--	--

	E36 Acho que sim.		
	E37 Sim,		
	E37 sim.		
	E37 Completamente.		
	E38 Sim.		
	E39 Sim,		
	E39 sim.		
	E40 Sim,		
	E41 Quero.		
	E42 Sim,		
	E42 com certeza.		
	E45 Sim,		
	E45 sim,		
	E45 quero.		
	E31E sei!		

	<p>E39 E tenho.</p> <p>E41 saber o que é que eu tenho.</p> <p>E45 Porque gosto de saber como é que estou, se tenho alguma doença mais grave ou outra coisa qualquer.</p> <p>E45 Acho bem que os médicos me informem, me contem.</p> <p>E45 Porque é que estão dentro do meu quadro clínico sabem as doenças que eu tenho</p> <p>E32 Porque é bom para mim, para me tratar,</p> <p>E33 Para saber o que tenho e o que não tenho.</p> <p>E33 Acho que todos nós deveríamos saber.</p> <p>E34 Gosto de saber.</p> <p>E34 é bom saber.</p> <p>E36 Para estar informada.</p> <p>E45, se eu tenho mais alguma.</p> <p>E45 Se eu tivesse acho bem que me dissessem</p>		
--	---	--	--

	<p>E32 com a minha família, como me cuidar, como me defender...</p> <p>E32 e também para me cuidarem.</p> <p>E32 Tenho dois filhos homens, têm que saber para se proteger</p> <p>E38 Tenho a minha família.</p> <p>E38 Infelizmente o meu pai acamado há oito anos, sei o que isso é.</p> <p>E33 Eles abriram-me a barriga e poderiam ter dito o que encontraram. Acho eu?</p> <p>E33 Eles abriram e limparam tudo. Acho eu?</p> <p>E33 Mas já não sei.</p> <p>E35 quero saber de tudo como é ou como não é.</p> <p>E35 É a minha vida.</p> <p>E35 Se for má não quero saber, se for boa quero saber.</p> <p>E35 Vou ser operada e quero saber.</p>		
--	---	--	--

	<p>E44 Penso eu, não é?</p> <p>E43 Só sei que fui operada, a quê não sei.</p> <p>E40 Afinal, o meu falecido marido teve um cancro na garganta e esteve muito doente, andou muito mal com aquilo.</p> <p>E40 E os médicos andaram muito tempo sem dizerem o que era.</p> <p>E40 Mas houve uma altura em que disseram a ele e às irmãs, mas a mim não.</p> <p>E40 E eu sabia que ele sabia que é que ele tinha, só porque eu não sabia.</p> <p>E40 Mas não sabia que ele estava a morrer tão depressa.</p> <p>Eu então uma vez fui com ele ao hospital, aqui em Santa Maria e ele morreu cá.</p> <p>Teve muito mal, muito mal e depois o Doutor</p> <p>Já tinha falado com as minhas cunhadas de que ele ia morrer.</p>		
--	---	--	--

	<p>Porque a doença não era boa e que iria morrer.</p> <p>Mas não aprofundei o assunto e depois como fui ao médico e pedir que me explica-se e o médico disse-me que ele iria morrer, que tinha um mal que não tem cura e iria morrer, eu já estava triste, fiquei mais.</p> <p>Depois ele veio comigo para casa. Não conseguia comer, não passava nada pela garganta, não se alimentava e teve assim mais alguns dias, ficou muito doente e queria fugir de casa.</p> <p>E fui ter com o Doutor e disse-lhe o que se passava com o meu marido.</p> <p>Trouxe-o cá, receitaram-lhe outro remédio para acalmar, ou o que é. Pô-lo a soro mesmo em casa, tomou aquele remédio e a partir daí ficou mais calmo, mais sossegado.</p> <p>Depois voltou a ficar mais desaustinado, mais inquieto, com</p>		
--	--	--	--

	<p>medo de estar em casa, da sombra, via macacos que dizia que andavam a trás dele.</p> <p>Sentava-se na janelas a chamar pelas pessoas e não podia deixa-lo em casa sozinho em tempo nenhum</p> <p>Depois fui então ao Dr.º que me disse traga-o outra vez lá e eu trouxe-o cá outra vez, ele o internou e estive 8 a 15 dias e acabou por morrer.</p> <p>E foi assim.</p> <p>E44 É complicado.</p> <p>E44 É muito complicado</p> <p>E38 A gente também vive a vida para quê?</p> <p>E38 A vida não tem interesse, estou farta, não quero viver.</p> <p>E38 Eu já não queria viver, era um descanso, eu sei, eu sei</p> <p>E38 Eu não tenho medo,</p> <p>E38 todos os anos tenho uma doença ou são as mãos ou os pés</p>		
--	---	--	--

	<p>ou porque é um tumor que é maligno.</p> <p>E38 E fui saber o resultado sozinha, tive várias coisas.</p> <p>E38 Eu tenho coragem.</p> <p>E38 Tenho tido muitas coisas, é por isso que eu digo a gente tem que as encara.</p> <p>E38 Eu não sei não há motivo para viver.</p> <p>E38 A doença às vezes vem porque tem que vir.</p> <p>E38 Eu já tive um sinal maligno e eu disse que já sabia que o tinha, foi horrível.</p> <p>E38 Desculpe lá.</p> <p>E41Para descansar</p> <p>E44 E quando a vestes se lhes dizem que tem uma doença incurável, se calhar ainda os vão prejudicar mais.</p> <p>E44 Então se andarem enganados com a doença, se for uma doença dessas, por um lado é capaz de ser bom.</p>		
--	---	--	--

CATEGORIA: GRAU DE PARTICIPAÇÃO DO ENFº NA INF E C.I, SEGUNDO O DTE

SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
- PARTICIPAR	<p>E31 - Acho que o enfermeiro também ajuda muito.</p> <p>E31A.....a dar apoio.</p> <p>E31Estou há três meses aqui e as enfermeiras ajudam</p> <p>E36 e...e apoiar os doentes sempre que for preciso.</p> <p>E36 Tudo o que possam fazer de ajuda.</p> <p>E41 ajudarem-nos quando estivermos com os nervos,</p> <p>E43 E olharem por elas, pelos doentes.</p> <p>E31 a dizer o que se pode ou não posso,</p> <p>E31 o que se deve fazer ou não se deve fazer.</p>	56	15

	<p>E32 Os enfermeiros devem informar muito bem.</p> <p>E32 As doentes das informações que eles precisam.</p> <p>E34 Deve ser normal, devem informar.</p> <p>E34 Uma pessoa tem uma doença, os enfermeiros também devem informar sobre isso,</p> <p>E34 o que tem, o que não tem, o que deve fazer.</p> <p>E35 Se eles sabem mexer no que temos e tratar de nós,</p> <p>E35 também sabem o que temos,</p> <p>E35 por isso também devem explicar-nos tudo.</p> <p>E37 Portanto acho que eles devem estar informados da situação do doente em todos os aspectos.</p> <p>E41 Falar com os doentes,</p> <p>E43 Devem informar em tudo o que for preciso.</p> <p>E43 Informar as pessoas como deve ser.</p> <p>E43 Que é a coisa melhor.</p>		
--	--	--	--

	<p>E34 Tal como os médicos também tem esse direito.</p> <p>E37 Porque, há muitas vezes que o doente nem sabe entender as coisas e depois diz : “ eu não sabia disso, o médico não me disse.”</p> <p>E39. Eu acho que por vezes informam pouco,</p> <p>E39 porque não tem o consentimento dos médicos.</p> <p>E39 Ou talvez porque não se querem suplantar aos médicos, passar à frente,</p> <p>E39 se...se estão a salvaguardar a eles próprios, pronto</p> <p>E33 Acho que é para os médicos.</p> <p>E33 Isso é para os médicos, não para elas.</p> <p>E37 É assim os enfermeiros, devem tentar saber pelo medico o que se passa.</p> <p>E37 Desde que o médico fale, o enfermeiro poderá não falar.</p> <p>E42 Eu acho na minha opinião que sabe mais o médico que a enfermeira.</p>		
--	--	--	--

	<p>E42 Quem sabe é o meu médico assistente, está mais dentro do assunto.</p> <p>E44 Eu acho, penso, que não é a função dos enfermeiros nos darem informações,</p> <p>E44 a informação tem que ser dada pelo médico, que é a pessoa mais credenciada, penso eu?</p> <p>E44 Que estuda</p> <p>E44 e ainda por cima o médico quando tem dificuldades em descobrir a nossa doença vai pedir a opinião a outros colegas, que talvez já tivessem passado por eles o mesmo caso.</p> <p>E44 E portanto acho que será o próprio médico a dar a informação,</p> <p>E37 Desde que a pessoa esteja informada, como é no meu caso , falei com o médico, não vou perguntar ao enfermeiro, não é?</p> <p>E37 Porque já sei!</p>		
--	---	--	--

	<p>E38 Acho que devia ser o médico.</p> <p>E38 E acho que devia ser o médico a informar, nunca tive ninguém por detrás, não é?</p> <p>E39 eu não sei.</p> <p>E39 Agora realmente não sei se não podem dizer, E35 Acho que devem participar.</p> <p>E38 As enfermeiras especializadas.</p> <p>E40 Acho que sim.</p> <p>E41 Sim.</p> <p>E45 E por outro lado para saberem também o tratamento que os doentes devem de levar e como devem funcionar a cirurgia para eles.</p> <p>E36 É tratar bem dos doentes</p> <p>E36 e é também tratar bem dos doentes</p> <p>E37 Porque eles é que depois nos vêm tratar, não é?</p> <p>E37 Mas tem que estar enteirado para depois cuidar do doente,</p>		
--	---	--	--

	<p>não é?</p> <p>E41 tratar da gente.</p> <p>E45 Eu acho que também os enfermeiros devem estar ao corrente para tratarem dos doentes, não é?</p>		
♦ RELAÇÃO ENF/DTE	<p>E34 Os enfermeiros devem informar, não é isso que querem?</p> <p>E39 Talvez por uma reacção que o doente está a ter, não ser menos boa.</p> <p>E39 A gente pede informação ao enfermeiro e este diz que o médico é que sabe</p> <p>E37 Agora em relação a nós, está no critério deles se quiserem saber.</p> <p>E44 Só que eles nos mostrem, mostrem alegria,</p> <p>E44 andarem sempre bem dispostos.</p> <p>E44 Até aí já é muito bom.</p>	14	4

	<p>E44 E é o que por acaso se passa aqui, é o caso que se passa aqui.</p> <p>E44 acho que a enfermeira só tem que mostrar um bom modo ao paciente.</p> <p>E44 Chegar aqui a rirem-se e até a brincar um bocadinho com o doente.</p> <p>E44 Falarem com o doente.</p> <p>Então está bom? Está tudo bem?</p> <p>E44 Que é o caso deles aqui,</p> <p>E44 eu aqui não tenho razão de queixa dos enfermeiros,</p> <p>E44 são extremamente simpáticos, todos!</p>		
♦ TRABALHO EM EQUIPA	<p>E40 Tanto faz enfermeiras como doutores, acho que sim.</p> <p>E38 Para mim qualquer pessoa da saúde, eles sabem mais e melhor do que nós.</p>	2	2

<p>♦ INFORMAÇÃO</p>	<p>E38 Mas também, graças a Deus só tive este problema do sinal.</p> <p>E40 Porque ele sabia que ia morrer, ele sabia que ia morrer. E eu depois também soube, não falava em nada, porque eu também sabia que ele ficava muito chocado e eu também ficava chocada.</p> <p>Não dizia nada. Tive, tive até a coisa acontecer e pronto.</p> <p>Quando casei pela segunda vez, ele também veio para mim doente, então eu pensei. Mas agora vou ser enfermeiras dos homens.</p> <p>Veio doente e bastante, também foi internado em santa Maria e, e então acabou por morrer com cancro na próstata.</p> <p>Eram dores de morrer, quando tinha que fazer xixi eram dores de morrer, agarrava-se à cómoda que eu tenho lá em casa para fazer xixi.</p> <p>Depois olhe também veio para aqui e esteve muitos meses</p>	<p>2</p>	<p>2</p>
---------------------	--	----------	----------

	<p>internado, eu vinha cá todos os meses. Fez agora quatro anos, vinha todos os dias e no final também morreu.</p> <p>Os médicos já não podiam fazer mais nada. A médica, hum... eram dois, um médico e uma médica que trabalhavam em conjunto.</p> <p>A médica ainda fez uns cortes lá por dentro para desbastar a próstata, aquilo, mas não serviu de nada.</p> <p>Tiveram que o abrir e tirar o bicho e não dava.</p> <p>Puseram tratamentos de veneno, puseram tudo aquilo e assado, de uma maneira ou de outra o bicho não morreu, quem morreu foi ele, e pronto!</p>		
--	--	--	--

U.T

**O C.I DA PRESPECTIVA DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA
PÚBLICA**

CATEGORIA: SIGNIFICADO

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ INFORMAÇÃO	<p>E48 Tem que ter conhecimento</p> <p>E46 Se é sobre a cirurgia é sobre a cirurgia,</p> <p>E46 Para mim é aquela informação que se deve dar ao doente sobre tudo o que lhe acontece ao longo do tratamento hospitalar</p> <p>E46 Desde o primeiro de tudo até ao fim de tudo.</p> <p>E46 se é sobre o tratamento é sobre o tratamento.</p> <p>E46 É toda a informação que se lhe deve dar ao doente.</p> <p>E46 O consentimento informado costuma ser sobre uma cirurgia</p> <p>E47 Para mim o consentimento informado é informar os</p>	41	13

	<p>doentes do que é que tem,</p> <p>E47 do que lhes vão fazer, fazer</p> <p>E48 é o conhecimento que o doente tem acerca das técnicas, exames, cirurgias que lhe vai ser feita.</p> <p>E49 O consentimento informado é o doente saber exactamente aquilo que está proposto para ele,</p> <p>E51 Portanto o consentimento informado é algo... é uma informação que é prestada ao doente</p> <p>E52 explicando os exames e algumas questões quer dos próprios quer dos familiares possam fazer na altura.</p> <p>E52 Pronto explicar o teor do exame e para que serve os exames e como é que vai fazer os exames.</p> <p>E53 É assim, é a informação sobre um determinado acto,</p> <p>E53 explicação do que irá acontecer ao doente,</p> <p>E53 ter conhecimentos prévios,</p>		
--	---	--	--

	<p>E54 É informar o doente sobre a sua situação clínica e sobre a evolução da sua situação,</p> <p>E54 que caso necessite de uma cirurgia explicar-lhe,</p> <p>E54 explicar ao doente o que lhe vão fazer o que é que não vão.</p> <p>E55 o doente deve ser informado daquilo que tem, da doença que tem, do problema que tem,</p> <p>E55 das hipóteses para a resolução do problema, dos problemas e deverá tomar</p> <p>E54 Depois de saber das alternativas do problema,</p> <p>E55 da informação da doença, que doença é,</p> <p>E56 é informar o doente daquilo que se vão fazer</p> <p>E58 O consentimento informado para mim, acaba por ser explicar todos os malefícios e benefícios que vão fazer.</p> <p>E58 Explicar os benefícios, malefícios e os procedimentos</p>		
--	--	--	--

	<p>que se vão fazer.</p> <p>E59 É saber tudo sobre a sua doença.</p> <p>E59 É estar informado.</p> <p>E60 Acho que devia haver, como explicar uma maior explicação ao doente.</p> <p>.E60 Acho que o doente desde que seja consciente e orientado deve saber as coisas.</p> <p>E54 para saber o que.</p> <p>E54 O que é que lhe vão fazer e não vão.</p> <p>E58 Devia ser antes da intervenção</p> <p>E60 Porque os doentes na prática não sabem, o que vão fazer, o que são os exames.</p> <p>E46 Às vezes chegam aqui para fazer quimio e radioterapia e não sabem o que é aquilo.</p> <p>E46 Há quem vai fazer uma cirurgia e também não sabem o</p>		
--	---	--	--

	<p>que lhes vão fazer.</p> <p>E54 Muitas vezes o que acontece é que os doentes não sabem o diagnóstico que têm...hum... de entrada,</p> <p>E54 e às vezes ... hum... entram....hum.... sabe o que tem, mas depois</p> <p>Estamos a falar do consentimento informado da parte da cirurgia, não é! Pronto!</p> <p>E54 Muitas vezes eles não tem conhecimento, nem do diagnóstico,</p> <p>E54 nem do que vão fazer, não vão, muitas vezes, exames.</p> <p>E54 Do que vão fazer, às vezes umas técnicas mais evasivas, os doentes não sabem do que vão fazer, em que consiste,</p> <p>E54 não há uma explicação prévia</p> <p>E54 Devia de haver alguma coisa, algo da parte principalmente da parte da cirurgia</p>		
--	--	--	--

♦ RELAÇÃO MÉDICO/DOENTE	<p>E52 que é também uma oportunidade do médico, dos médicos explicarem ao doente e familiar, pelo menos era o que deveria ser,</p> <p>E52 É a altura propicia para isso.</p>	2	1
♦ DECLARAÇÃO	<p>E60 A gente sabe o que é na teoria,</p> <p>E60 mas depois em termos profissionais de saúde acho que as coisas perdem-se um pouco</p> <p>E60 Eu acho que uma coisa é a teoria, a outra é a pratica,</p> <p>E60 na prática acaba por perder.</p> <p>E54 nós temos, mas normalmente não é feita,</p> <p>E54 às vezes não é feita.</p> <p>E47 Assinar a autorização, de certo e determinados exames, cirurgias</p> <p>E48 e autorizar sempre... hum... a realização. Pronto</p>	17	9

	<p>E50 O consentimento informado, o consentimento informado, é portanto.</p> <p>É a autorização entre aspas que a pessoa dá,</p> <p>50 para invadir a sua privacidade ao nível de qualquer intervenção que se faça.</p> <p>E51 Qualquer informação prestada no sentido de obter a sua autorização para um exame, qualquer técnica.</p> <p>E51 Pode ser escrito ou verbal.</p> <p>E51 para obter a sua autorização.</p> <p>E52 Acho que é um documento muito importante,</p> <p>E53 de forma ao doente poder consentir ou não que este acto se lhe realize</p> <p>E54 O que o doente consentir e dar a sua autorização para uma cirurgia,</p> <p>E58 Tem um papel burocrático, antes da cirurgia, era o que</p>		
--	--	--	--

	<p>se devia fazer.</p> <p>E60 O que é para mim o consentimento informado? Oh!</p> <p>Meu Deus!. O que eu acho?</p>		
♦ PARTICIPAÇÃO	<p>E57 Para mim o consentimento informado é o direito que os doentes têm a saber</p> <p>E49 e se ele concorda ou não,</p> <p>E49se vai ser feito ou não.</p> <p>E49 Ele vai ter conhecimento para nos dizer se concorda ou não em relação a essa situação.</p> <p>E55 O doente têm que ter uma opinião sobre o que lhe vão fazer, portanto,</p> <p>E55 Devem os doentes ter uma opinião daquilo que deverá e quer fazer.</p> <p>E55 Têm a ver com participar com aquilo que lhe vão fazer e sobre aquilo que não lhe vão fazer.</p>	12	6

	<p>E55 que estão esclarecidos é que consentem.</p> <p>E56 e ele dá ou não o consentimento informado do acto que vai ser intervencionado</p> <p>E57 e darem-nos o seu parecer,</p> <p>E57 a consentirem ou não consentirem os seus tratamentos, de acordo com a sua situação.</p> <p>E59 É, é dar o consentimento para os actos médicos.</p> <p>Pronto!</p>		
--	--	--	--

CATEGORIA: QUEM DEVE APLICAR O C.I, NA OPENIÃO DOS ENFºS

SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ MÉDICO	<p>E49 Que o deve fazer.</p> <p>E46 Deve fazer o doutor do doente.</p> <p>E46 Acho eu do médico do doente.</p> <p>E47 Acho que devem ser em no caso cirúrgico o médico,</p> <p>E47 em diagnóstico é isso o médico.</p> <p>E48 o cirurgião no caso da cirurgia,</p> <p>E49 No nosso caso que trabalhamos em cirurgia quem deve informar ao doente, quem deve pedir o seu consentimento ao doente é o cirurgião que primeiramente</p> <p>E49 Na cirurgia, o consentimento informado ao doente deve ser</p>	48	15

	<p>dado primeiramente pelo cirurgião.</p> <p>E49 Eu penso que se não for cirurgia a A abordagem a um doente, regra geral, se este estiver internado, esta abordagem é sempre feita pelo médico assistente do doente.</p> <p>E49 Eu penso que terá que ser sempre feito pelos médicos.</p> <p>E50 Penso que é o médico,</p> <p>E50 No caso da cirurgia é um acto médico, é o médico que deve informar.</p> <p>E50 Os médicos que estão com o doente é que devem informar.</p> <p>E51 Se o consentimento informado for para actos médicos.</p> <p>E51 Acho que este consentimento informado deve ser prestado pelo médico.</p> <p>E51 Acho que se for outro tipo de consentimento um doente que vai ser operado ou um doente que vai fazer um exame, se é o médico que o vai executar,</p>		
--	--	--	--

	<p>E51 acho que deve ser o médico.</p> <p>E52 Acho que é o médico.</p> <p>E53 Isto é para actos mais graves eu acho que deveria ser o médico,</p> <p>E54 Eu penso que seja o médico na minha opinião.</p> <p>E56 O médico.</p> <p>E56 Tem que ser o médico.</p> <p>E56 Em princípio é o médico.</p> <p>E57 O médico.</p> <p>E58 O médico,</p> <p>E58 é um acto médico.</p> <p>E59 O médico.</p> <p>E60 Acho que deve partir principalmente do médico,</p> <p>E53 porque mexem com a integridade,</p> <p>E53 mexem com a sua auto- imagem</p>		
--	--	--	--

	<p>E48 no caso de uns exames quem vai realizar o exame.</p> <p>E48 Aplicação, aplicação, isto depende um bocado.</p> <p>E48 Depende se nós estamos a falar das cirurgias ou de exames complementares.</p> <p>E48 Em cada área o técnico responsável,</p> <p>E49 Isso, aí é uma coisa que teremos que ver como se irá resolver.</p> <p>E53 É diferente de uma endoscopia ou de puncionar uma veia, claro está!</p> <p>E48 Terão maior capacidade de resposta para dar conhecimento,</p> <p>E48 para explicar aos doentes as complicações que poderão surgir, eventualidades,</p> <p>E48 ter uma noção específica do que irá fazer.</p> <p>E52 Porque há uma oportunidade do doente pôr, colocar as dúvidas, perguntas como é feito o exame, o que se faz durante o exame.</p>		
--	--	--	--

	<p>E55 O consentimento informado pode ser aplicado por qualquer técnico,</p> <p>E55 pode ser médico se o acto for médico ou pode ser de enfermagem se o acto for de enfermagem.</p> <p>E57 Acho que deve ser o médico que tem que lhe informar ao doente da sua situação, do que pretende fazer ao doente.</p> <p>E60 Acho que o médico é que deve explicar a maior parte das coisas, o prognostico, o diagnóstico, a terapêutica,</p> <p>E60 os recursos que vão ser utilizados para compreender e identificar melhor o diagnostico.</p> <p>E55 O doente deve ser sempre informado daquilo que lhe vão fazer e depois mesmo que não seja.</p> <p>E55 Sempre que vamos proceder a uma técnica tem que ser explicado ao doente o que lhe vamos fazer e o doente pode dizer que sim, sim senhora</p>		
--	--	--	--

	<p>E55 Eu acho que sempre que se procede a alguma técnica, pode estar implícito o consentimento informado.</p> <p>E55 Tem esse direito</p>		
♦ DECLARAÇÃO	<p>E53 Neste serviço, a folha escrita é em relação ao acto médico, cirúrgico.</p> <p>E50 mesmo, não é?</p> <p>E51 Não sei qual o consentimento que se está a referir.</p> <p>E60 não é?</p>	4	4
♦ ENFERMEIRA	<p>E47 Mas depois devemos ser nós!</p> <p>E47 Devemos esclarecer certas dúvidas que os doentes têm.</p> <p>E49 Eu respondo pelos meus actos de enfermagem,</p> <p>E49 se vou prestar cuidados de enfermagem, qualquer que seja, eu devo dizer ao doente o que lhe vou fazer.</p> <p>E49 A parte no tratamento a direccionar, essa parte é mais na</p>	14	7

	<p>prestação de cuidados.</p> <p>E51 Se considerarmos aquele consentimento que advém das nossas técnicas, é evidente que deve ser prestado pelas enfermeiras.</p> <p>E51 É aquele consentimento</p> <p>E51 Uma técnica de algáliação, qualquer técnica quer no âmbito da enfermagem.</p> <p>E51 informamos ao doente que lhe vamos fazer aquela técnica</p> <p>E53 Todo o resto somos nós que lhe dizemos, por ex. vou picar para tirar sangue por ex o doente diz sim ou não, ou não diz nada.</p> <p>E53 É o nosso consentimento informado, de alguma forma de um acto de enfermagem.</p> <p>E57 Pode ser também o enfermeiro mas depende dos tratamentos.</p> <p>E58 No entanto os enfermeiros podem esclarecer as dúvidas e despertá-los para eles falarem.</p>		
--	---	--	--

	E52 É que algumas vezes vêm-nos perguntar a nós e temos algumas dificuldades.		
♦ PARTICIPAÇÃO	<p>E51 e obtêm-se ou não um acordo da doente.</p> <p>E55 ou pode dizer não.</p> <p>E51 Portanto é um consentimento verbal,</p> <p>E55 O consentimento pode não ser um documento escrito, pode ser um doente dar autorização para. Mas não é!</p> <p>E55 Embora não de uma forma tradicional, do papel assinado</p>	2	2

CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO DOS ENFS NA INF E NO C.I

SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ AREA DE ENFGEM	<p>E46 Deve ser ao nível de enfermagem,</p> <p>E46 só e exclusivamente.</p> <p>E46 Eu posso dar informação ao doente sobre o meu trabalho,</p> <p>E46 Fazer uma explicação ao doente ao nível dos cuidados de enfermagem,</p> <p>E46 Tenho é que lhe explicar os cuidados pré e intra operatórios</p> <p>E46 Sempre ao nível da enfermagem.</p> <p>E53 no que me diz directamente respeito,</p> <p>E54 Nós podemos dar, tentar explicar,</p>	22	15

ENFERMAGEM	<p>E54 Nós temos que esclarecer dúvidas mas da parte de enfermagem que nós possa...</p> <p>E54 No pós operatório podemos fazer o ensino, explicar....hum... pronto, o que pode fazer.</p> <p>E54 Fazemos o ensino no pós operatório</p> <p>E54 há muitas coisas que lhe podemos fazer ao doente de ensinos, por ex. o levante, da parte respiratório por ex.</p> <p>E55 O médico transmitiu e nós depois tentamos saber.</p> <p>E55 Podemos dizer que sim senhora..</p> <p>E55 muitas vezes aquilo que os doentes fazem é que confrontam aquilo que lhes foi dito e querem saber as várias opiniões à cerca da mesma coisa.</p> <p>E55 Ele quer uma segunda opinião daquilo que</p>		
-------------------	---	--	--

<p>ENFERMAGEM</p>	<p>lhe foi dito, quer uma confirmação daquilo do que lhe foi dito.</p> <p>E55 Poderá ser preciso pedir ao doente que nos confirme o que sabe, o que lhe foi dito.</p> <p>E55 Acontece também várias vezes que ao doente não lhes foi dito nada e depois como é?</p> <p>E57 Quando prestam cuidados aos doentes,</p> <p>E57 quando fazemos certo tipo de tratamentos, devemos informá-los do que estamos a fazer.</p> <p>E57 Mas na altura quando estamos a administrar a terapêutica ou a prestar os nossos cuidados devemos mante-los ao corrente do que estamos a fazer</p> <p>E57 Devemos sempre informá-los do que vamos, estamos a fazer.</p>		
--------------------------	--	--	--

<p>ENFERMAGEM</p>	<p>E55 A informação que lhe foi transmitida e para que a informação lhe seja fornecida</p> <p>E57 Na informação.</p> <p>E55 Acho que o nosso papel no consentimento informado é apoiar o doente,</p> <p>E53 porque há determinadas informações que não podem ser dados por nós.</p> <p>E46 não sobre o trabalho do doutor.</p> <p>E55 Nós não podemos ir para além do que o médico transmite.</p> <p>E55 A partir do momento que o doente sabe à cerca da doença e podemos confirmar ou não aquilo que o doente sabe.</p> <p>E55 Temos que partir da informação de que foi dada.</p>		
--------------------------	--	--	--

<p>ENFERMAGEM</p>	<p>E55 Temos que partir da informação de que o doente já sabe,</p> <p>E60 Eu acho que às vezes nós acabamos por dizer mais do que devíamos.</p> <p>E60 E, e acabamos por não dizer as coisas</p> <p>E60 E ao acalmar explicamos um pouco não fugindo muito à informação que compete aos médicos dizer,</p> <p>E60 tentamos dizer ao doente olhe vai fazer este exame porque é necessário devido ao seu diagnóstico.</p> <p>E56 O enfermeiro também pode participar depois ... hum... nelas.</p> <p>E56 depois posteriormente... hum ter sido informado pelo médico</p>		
--------------------------	--	--	--

<p>ENFERMAGEM</p>	<p>E60 mas acaba por se dizer mais ou menos.</p> <p>E49 O nosso grau de participação, concordo com a nossa participação no consentimento,</p> <p>E60 O enfermeiro no consentimento informado?</p> <p>E49 o que eu posso fazer em relação a isso?</p> <p>E52 é isto não sei, mas é isto.</p> <p>E47 O grau de participação, o grau de participação, o que quer dizer com a participação?</p> <p>E53 O nosso grau de participação no consentimento informado, eu tenho algumas dúvidas,</p> <p>E53 Para mim o consentimento informado é muito confuso não percebo.</p> <p>E59 ele é que deve informar, não é?</p>		
--------------------------	---	--	--

<p>ENFERMAGEM</p> <p>~</p>	<p>E55 A nossa participação no consentimento informado em termos de papel escrito, a nossa participação?</p> <p>E51 Em relação ao consentimento, não acho grande utilidade que o enfermeiro esteja presente para assinar um papel.</p> <p>E51Aí parece-me, não acho necessário a presença do enfermeiro.</p> <p>E53 No nosso serviço, o consentimento informado é do acto cirúrgico, é ele que assina o papel.</p> <p>E47 e depois esclarecer o doente,</p> <p>E47 porque a maior parte dos doentes não percebe o que o médico disse.</p> <p>E47 Há os termos técnicos e depois têm</p>		
-----------------------------------	---	--	--

<p>ENFERMAGEM</p>	<p>dúvidas.</p> <p>E47 E nós esclarecemos os termos técnicos, é verdade</p> <p>E48 O doente às vezes ficam com algumas dúvidas, em principio o doente já foi informado do exame ou da cirurgia, tem a noção, do que foi fazer, do que vai fazer</p> <p>E48 e nós depois complementamos a informação.</p> <p>E48 Portanto informamos e confirmamos.</p> <p>E48 Serve para transpor e reforçar um bocado a informação que lhe foi transmitida</p> <p>E49 Julgo eu é explicar ao doente o que vai ser submetido, por ex. o tratamento, a cirurgia...</p> <p>E50 Tudo o que vai ser feito ao doente,</p>		
--------------------------	--	--	--

<p>ENFERMAGEM</p>	<p>E50 deve ser informado ao doente de uma forma compreensível,</p> <p>E50 não com termos técnicos numa forma que ele perceba,</p> <p>E50 entenda o que lhe vai ser explicado.</p> <p>E50 Explicar o que vai acontecer, se não ele não vai perceber, o que lhe está a acontecer.</p> <p>E50 Damos a informação necessária.</p> <p>E51 Porque muitas vezes os doentes nos vêm questionar depois do médico ter saído,</p> <p>E51 vêm-nos questionar sobre se o seu exame é doloroso, a técnica que vai ser utilizada</p> <p>E52 Eles primeiro lugar falam connosco, é connosco em primeira linha, não tanto com o médico.</p>		
--------------------------	---	--	--

<p>ENFERMAGEM</p>	<p>E52 É também acalmar o doente que está muito ansioso, só nessas alturas.</p> <p>E52 E a ansiedade diminui quando tiverem esclarecidos da situação, situações, do exame,</p> <p>E53 Aquilo que podemos e sabemos informar.</p> <p>E53 todo o resto nós informamos o doente daquilo que nós sabemos.</p> <p>E53 Nós informamos de tudo o que nós sabemos ao doente, daquilo que sabemos.</p> <p>E53 Ao doente e que nos diz respeito.</p> <p>E54 Se for preciso dar alguma ajuda.</p> <p>E54 Acho que o consentimento</p> <p>Mas temos que ver o doente que está, está ao pé, como é que lhe há-de explicar, como é que lhe vai explicar.</p>		
--------------------------	--	--	--

<p>ENFERMAGEM</p>	<p>E54 E nós podemos dar um apoio.</p> <p>E54 Muitas vezes somos nós que estamos mais em contacto com o doente, muitas vezes eles tem mais confiança, não é ? Connosco.</p> <p>E54 Às vezes tem mais confiança,</p> <p>E54 porque somos nós que estamos as 24 h com eles, perto do doente do que o médico,</p> <p>E54 nós podemos dar um apoio, às vezes ajuda.</p> <p>E55 No entanto o enfermeiro que está 24h com o doente,</p> <p>E55 Que o doente não têm esse conhecimento e deveria!</p> <p>E56 O enfermeiro pode apoiar a informação, mas tem que saber</p> <p>E56 Portanto... hum... depois deve ser apoiado,</p>		
--------------------------	---	--	--

<p>ENFERMAGEM</p>	<p>apoando o doente posteriormente</p> <p>E60 Porque vimo-nos um pouco obrigados entre aspas, não é obrigatório, mas nós lidamos 24 h com o doente.</p> <p>E60 E ao vermos aquela preocupação do doente sentimo-nos na necessidade como prestadores de cuidados de o acalmar.</p> <p>E60 Dizemos as coisas de uma maneira mais subtil, não é?</p> <p>E60 mas dizemos de maneira mais simples,</p> <p>E60 mais fácil para que o doente possa compreender e não fique ansioso,</p> <p>E60 que se colmate a ansiedade</p> <p>E60 e que possa transmitir para que fique menos ansioso.</p>		
--------------------------	--	--	--

<p>ENFERMAGEM</p>	<p>E60 E tentamos por um pouco do outro lado da maneira como nós gostaríamos de nos sentir</p> <p>E46 É assim, eu dou-lhes as informações pertinentes à cerca do meu trabalho,</p> <p>E46 na ordem de enfermagem.</p> <p>E46 Se eu tenho que apanhar uma veia periférica ou fazer um clister de limpeza.</p> <p>E46 O clister de limpeza é isto, isto e isto e para isto e depois vai acontecer isto.</p> <p>E46 Isto é uma técnica de enfermagem.</p> <p>E46 Ou se lhes vou puncionar uma veia, é uma veia canalizada, vou para lhe pôr o antibiótico</p> <p>E46 Eu falo sobre o meu trabalho, o médico sobre o dele.</p>		
--------------------------	--	--	--

	<p>E54 Da parte de enfermagem eu explico, tudo o que vou fazer, executar ao doente</p> <p>E54 eu explico e dentro da parte de enfermagem, explico o que vou fazer,</p> <p>E58 só da parte de enfermagem,</p> <p>E52 Só digo do nosso âmbito, sim!</p> <p>E52 De enfermagem,</p> <p>E47 Se tiver alguma colostomia, fazendo os ensinamentos que ache necessários</p> <p>E50 E aí atender em relação às dúvidas,</p> <p>E50 as necessidades que ele tenha e esclarecer.</p> <p>E50 O que deve fazer, o que não deve .</p> <p>E50 Acho que este apoio é fundamental</p> <p>E51 O tipo de informação, é uma informação mais no sentido de ouvirmos o doente,</p>		
--	--	--	--

	<p>E51 de forma a que eles exponham os seus medos, as suas angustias.</p> <p>E51 Porque muitas vezes o doente.... hum... o doente não pergunta.</p> <p>E51 O doente a maior parte das vezes está mais à vontade connosco,</p> <p>E51 porque somos nós que estamos as 24 h com o doente,</p> <p>E51 porque nos vê mais vezes</p> <p>E51 e é connosco que está mais à vontade para nos questionar</p> <p>E51 Das coisa, das questões que o estão a preocupar.</p> <p>E51 Acho que a nossa informação é mais na participação de ouvir,</p>		
--	---	--	--

	<p>E51 de ouvir o doente</p> <p>E51 e muitas vezes servimos de mediadores,</p> <p>E51 para percebermos o que está a preocupar o doente.</p> <p>E51 mas servimos de mediadores.</p> <p>E51 como é que ... que se vai resolver,</p> <p>E51 que tipo de necessidade está por detrás</p> <p>E54 Se um doente têm uma neoplasia eu posso-lhe explicar que exames vai fazer,</p> <p>E54 posso lhe esclarecer a sua situação clínica,</p> <p>E54 Algumas vezes os doentes tem dúvidas, de algumas coisas, que eles ouvem, mas visitas médicas,</p> <p>E54 têm dúvidas eu posso dar apoio psicológico,</p>		
--	--	--	--

	<p>E56 Deve apoiar sempre o doente.</p> <p>E56 Se o doente souber o que se passa e for correctamente informado não vai ser enganado.</p> <p>E56 A gente apoia.</p> <p>E56 Deve-se acompanhar os passos, que deve seguir, em relação ao tratamento feito, para ser correctamente feito.</p> <p>E58 Procuro que o doente recorra a nós quando precisa,</p> <p>E58 informá-lo do que nós lhes vamos fazer.</p> <p>E60 Digo da parte de enfermagem, se tiver um penso ou avaliação dos sinais vitais digo se está boa ou má.</p> <p>E53 Se eles quiserem, nós ouvimo-los, essa é a</p>		
--	--	--	--

	<p>nossa função,</p> <p>E53 não criar expectativas que não sejam as verdadeiras.</p> <p>E53 E responder às perguntas que eles tenham, infelizmente acontece muito.</p> <p>E60 A minha experiência não é muita, não é?</p> <p>E60 Eu sou nova e tenho a tendência de fazer o que aprendi na escola</p> <p>E47 Eu? Eu? Não digo nada!</p> <p>E47 Eles às vezes não sabem o que têm e acho que não sou eu que tenho que dizer, não é?</p> <p>E47 Não digo,</p> <p>E47 não digo!</p> <p>E48 A informação, informação, depende</p> <p>E48 Não lhe dou a informação directa.</p>		
--	--	--	--

	<p>E48 Dou a informação, mas não dou concretamente</p> <p>E49 Há também o doente que não tem conhecimento, isso aí!</p> <p>E49 É melhor nem abordar o assunto.</p> <p>E52 Não podemos dar dicas</p> <p>E52 mas também não podemos falar abertamente.</p> <p>E52 É isso, eu não posso dizer o Sr. têm uma neoplasia,</p> <p>E52 eu não lhe posso dizer.</p> <p>E52 os pormenores não,</p> <p>E52 pormenores clínicos não,</p> <p>E52 não, acho que não devemos dar.</p> <p>E54 Não dou informação que possa, tento</p>		
--	---	--	--

	<p>E56 Uma pessoa não deve</p> <p>E56 Não sabendo o que o médico lhe disse.</p> <p>E57 A partir da informação clínica, essa informação nós não damos!</p> <p>E57 Não damos!</p> <p>E57 Essa parte não!</p> <p>E57 mas nada que tenha a ver com a parte médica, com a situação clínica.</p> <p>E58 Em termos de diagnóstico nunca podemos falar,</p> <p>E58 só quando o doente nos faz perguntas directas.</p> <p>E58 Aí respondemos com outras palavras, mas não falamos em diagnóstico médico.</p> <p>E59 Geralmente dizemos nada ao doente,</p>		
--	---	--	--

	<p>E59 só naquelas situações que o doente quer falar nós ouvimo-lo.</p> <p>E59 Não somos nós que vamos abordar o doente sobre esse assunto.</p> <p>E60 Em relação ao consentimento informado, eu não sou muito de dizer o que é que o doente têm.</p> <p>E60 Embora dizer mais, não digo nem com os familiares, não digo!</p> <p>E60 Nem com outros não digo!</p> <p>E49 Quando é uma situação grave depende,</p> <p>E49 depende,</p> <p>E49 quando é uma situação grave tento sempre ter conhecimento do que é que o doente sabe, não é?</p>		
--	---	--	--

	<p>E50 Depois temos que saber o que o doente sabe, o que não sabe, quais as dúvidas dele.</p> <p>E49 Do seu estado de espirito,</p> <p>E49 de tudo o que envolve aquela situação</p> <p>E49 e de acordo com este conhecimento do doente,</p> <p>E55 nós depois confirmamos com o doente o que o médico disse.</p> <p>E55 O doente pergunta: Sr. Enf. o que é que eu tenho?</p> <p>E nós respondemos o que é que o médico já lhe disse?</p> <p>E55 E com base naquilo que o médico disse, porque depois eles vão começar a dizer.</p> <p>Nós vamos confirmando.</p>		
--	--	--	--

	<p>E55 Porque nós estamos a par da situação e verdade e vamos confirmando com base naquilo que o doente já sabe.</p> <p>E49 tentarei, tentarei falar qualquer coisa,</p> <p>E49 embora não vou dizer: « coitadinho, ai! Agora tem um cancro!», não sei o quê, não vou com essas coisas.</p> <p>E49 Mas há maneiras de resolver,</p> <p>E49 há que ter, que ter outra perspectiva, no sentido</p> <p>E52 Depende também do doente,</p> <p>E52 da informação que lhe foi dada,</p> <p>E52 como a recebeu, da situação...</p> <p>E52 Até podemos falar abertamente.</p> <p>E53 Depende do doente,</p>		
--	--	--	--

	<p>E53 da situação do doente,</p> <p>E53 daquilo que ele quer ouvir,</p> <p>E53 depende daquilo que ele sabe.</p> <p>E57 Acho que muito depende da informação que o doente têm ou não da informação do que têm.</p> <p>E57 Depende do que os doentes sabem do que têm do que não têm.</p> <p>E57 Mas em relação aos tratamentos sim!</p> <p>E57 Em que pode beneficiar,</p> <p>E57 Em relação aos tratamentos, se tem alguma ferida isto em relação aos nossos cuidados.</p> <p>E53 Porque muitas das vezes ele não quer ouvir,</p>		
♦ TRABALHO EM EQUIPA	<p>E53 No que nos diz respeito, há a parte médica e há a parte de enfermagem e portanto temos que saber cada um no seu lugar.</p>	39	10

<p>TRABALHO EM EQUIPA</p>	<p>E47 Nós devemos estar junto do médico para saber o que é que ele informou o doente</p> <p>E47 Por isso é que eu digo nós devemos estar presentes quando os médicos falam, fala com o doente, também para saber o que lhe foi dito.</p> <p>E49 Se a informação for conjugada com</p> <p>E49 ou se pode-se idealmente se for conjugada com o médico, poderiam as coisas, se calhar seria melhor.</p> <p>E49 Juntar o médico e o enfermeiro seria o ideal,</p> <p>E49 juntar o doente e algum familiar, ou familiares, depende de cada doente, de cada situação.</p> <p>E49 E em conjunto fazer uma avaliação para já do doente em si e isto já antes também, não é?</p>		
---------------------------	--	--	--

<p>TRABALHO EM EQUIPA</p>	<p>E49 Sempre uma avaliação para ver até agora como será.</p> <p>E49 Como será ou não dada informação, se possível toda em conjunto.</p> <p>E51 Acho que também é importante que o enfermeiro esteja presente,</p> <p>E51 Para também saber que tipo de informação está a ser dada ao doente.</p> <p>E51 Acho que é importante que nós também estejamos presentes para saber efectivamente o que se vai passar de facto com aquele doente.</p> <p>E53 Nós devemos participar em toda a informação dada ao doente.</p> <p>E53 Até devemos trabalhar em equipa até porque, por ele mesmo.</p>		
---------------------------	---	--	--

<p>TRABALHO EM EQUIPA</p>	<p>E53 Deveríamos trabalhar sempre em equipa, portanto porque aquilo que é dito pelo médico deveria,</p> <p>E53 Como é que eu vou explicar.</p> <p>E53 Ao trabalho em equipa toda a informação deveria ser uma só,</p> <p>E53 E portanto, hum.... nós deveríamos participar totalmente.</p> <p>E53 No que nos diz respeito, acho que nós deveríamos participar em tudo, em tudo.</p> <p>E53 A nossa participação é total, nós devemos participar totalmente e trabalhar em equipa, senão cada um de nós dá a sua informação.</p> <p>E54 nós podemos quando o médico está a explicar ao doente, para dar o consentimento,</p>		
---------------------------	--	--	--

<p>TABALHO EM EQUIPA</p>	<p>podemos estar presentes,</p> <p>E55 os enfermeiros apercebem-se se o médico tem ou não essa conversa com o doente e se o doente percebeu daquilo que tem, se foi informado de tudo aquilo.</p> <p>E55 Se o doente não foi informado,</p> <p>E55 se o enfermeiro se apercebe do que não foi informado deverá chamar à atenção do médico.</p> <p>E55 E entretanto poderá, será estabelecido com o médico, se quer ajuda para transmitir</p> <p>E56 Essencialmente o que , que foi informado pelo médico.</p> <p>E56 Pode haver uma reunião em conjunto</p> <p>E56 Numa reunião do doente com o médico e também com o enfermeiro</p>		
--------------------------	--	--	--

<p>TRABALHO EM EQUIPA</p>	<p>E56 O enfermeiro pode colaborar depois entre o doente e o médico mas só depois de saber o que foi realmente informado.</p> <p>E48 Às vezes há a necessidade de fazer a ligação entre o médico e o doente.</p> <p>E48 Tanto antes como no após isto assim entre aspas.</p> <p>E52 E depois, hum... fazer a ligação com o médico e tentar,</p> <p>E52 Fazer o elo de ligação</p> <p>E52 Médico e o doente, hum... no fundo</p> <p>E58 Servir de suporte,</p> <p>E58 É ajudar a esclarecer e a estimular a comunicação.</p> <p>E55 Muitas vezes os doentes dizem que não</p>		
---------------------------	--	--	--

	<p>sabem, mas sabem, o que acontece várias vezes.</p> <p>E52 até que grau é que eles sabem da situação deles ou não.</p> <p>E51 para podermos encaminhar ou para o médico ou para a assistente social ou para qualquer outro elemento da equipa</p>		
♦ AREA MÉDICA	<p>E46 Ele é cirurgião e vai fazer uma cirurgia e vai explicar ao doente o que vai fazer no bloco operatório, antes da cirurgia e posterior à cirurgia.</p> <p>E46 eu não lhe vou explicar ao Sr. que lhe vou tirar a vesícula, isso não é função minha.</p> <p>E46 Não tenho que lhe explicar aquilo.</p> <p>E47 Eu acho que quem deve pedir o</p>	54	13

AREA MÉDICA	<p>consentimento informado é o médico.</p> <p>E52 Acho que deve ser sempre o médico a dar o papel e a explicar, a assinar...</p> <p>E52 O doente é afinal é ele que vai operar, que sabe o que vai fazer,</p> <p>E52 Deve ser o médico, não devemos ser nós, é a minha opinião.</p> <p>E53 isto, a fazer isto e informa-mos o médico de determinado acto que deveríamos ter prestado.</p> <p>E53 Portanto todos nós sabemos que a informação do diagnóstico é dada pelo médico,</p> <p>E54 mas não entrar em pormenores técnicos que é da parte médica.</p> <p>E54 Da parte médica e técnica acho eu é o médico que tem que fazer.</p>		
-------------	--	--	--

AREA MÉDICA	<p>E54 Agora da parte técnica, não!</p> <p>E54 Deve ser o médico no consentimento informado,</p> <p>E54 Mas nada de técnica</p> <p>E55 Em termos de informação clínica deverá primeiro ser o médico que deverá transmitir essa informação, prognóstico, diagnóstico,</p> <p>E55 deverá ser o médico que informa o doente.</p> <p>E55 Ou se recusar mesmo o médico e dizer que não quer transmitir.</p> <p>E55 Isto verá ser posto à comissão de ética, que existe este caso no serviço, que o doente não está a par da situação, porque o médico não quer fornecer essa informação.</p> <p>E55 Não é por norma fazer isto, por norma é o</p>		
-------------	--	--	--

<p>AREA MÉDICA</p>	<p>médico depois de chamado à atenção do problema, normalmente os médicos falam depois com o doente.</p> <p>E55 Mas não falam logo à primeira e normalmente temos que pedir a sua participação porque os doentes não sabem da sua situação.</p> <p>E55 Mas quando confrontados com a situação, quando falamos com os médicos até eles conversam, falam com os doentes. Acabam por o fazer.</p> <p>E56 Pode haver no consentimento informado um grau de participação do enfermeiro mas tem que partir sempre do médico.</p> <p>E57 Claro que por de trás o médico já terá informado, falado com eles.</p>		
--------------------	--	--	--

AREA MÉDICA	<p>E59 Quem deve informar é o médico,</p> <p>E59 Deve saber as informações através do médico, o diagnóstico, tudo!</p> <p>E59 Nós não devemos informar, sem o médico ter informado.</p> <p>E59 Quanto, quanto ao consentimento informado é deles, dos médicos, não é para nós.</p> <p>E60 Acho que o papel, este papel deveria ser mais da parte médica.</p> <p>E60 Devia ser da parte médica a dizer o que não é dito,</p> <p>E46 Essas informações deviam dar ao médico essas informações e não nós.</p> <p>E48 Essa parte recambio para a parte médica.</p> <p>E48 Quem dá a informação clínica mesmo do</p>		
-------------	---	--	--

	<p>doente é o médico</p> <p>E48 irá sempre para o médico.</p> <p>E48 Depois alguma coisa, nós sabemos mais ou menos a gravidade, essa parte recambio para a parte médica.</p> <p>E48 A informação concreta em si, será sempre para o médico.</p> <p>E48Se não estiver, se não houver essa possibilidade vemos quem é que está de serviço</p> <p>E48 não digo tem uma neoplasia do pâncreas, não digo, acho que deve ser o médico que vai informar ao doente.</p> <p>E50 O diagnóstico é dado pelo médico.</p> <p>E51 e muitas vezes não é ao médico que o doente põe determinadas questões, não é?</p>		
--	--	--	--

	<p>oncológico ou outro tipo de situação,</p> <p>E51 Alertamos o médico que o doente pôs esta questão,</p> <p>E51 Embora não sejamos nós quem vai informar o doente que tem uma doença grave, do foro</p> <p>E52 É o médico que deve dar.</p> <p>E54 mas nada de apoio técnico, de diagnóstico, não dou!</p> <p>E54 De coisas técnicas, de diagnóstico nunca dou, nunca informo.</p> <p>E54 mas não da parte de diagnóstico, que implique que seja uma coisa grave.</p> <p>E54 mas não entro em pormenores de diagnóstico.</p> <p>E54 Nada de diagnóstico.</p>		
--	---	--	--

	<p>E55 O diagnóstico não é transmitida por nós.</p> <p>E55 O diagnóstico é transmitido pelo médico.</p> <p>E55 A informação é transmitida pelo médico,</p> <p>E59 Nós geralmente não damos informações quando o diagnóstico é grave,</p> <p>E59 é o médico e só ele é que informa.</p> <p>E59 o médico é que lhe explica,</p> <p>E46 Os médicos devem dizer a analítica como estão, se vai doer muito.</p> <p>E51 Porque ainda há aquela distanciação entre o doente e o Sr. Doutor,</p>		
♦ DECLARAÇÃO	<p>E53 De facto o consentimento informado se reafirmou ao acto cirúrgico, é ao acto cirúrgico é aí que existe um o papel onde se escreve.</p>	5	3

	<p>E53 Todo o resto é via oral</p> <p>E53 Uma coisa é informar, não é um acto escrito.</p> <p>E47 Mas no nosso serviço, nós não temos o consentimento informado, não temos!</p> <p>E58 o consentimento informado no seu verdadeiro sentido não existe.</p>		
♦ PARTICIPAÇÃO	<p>E53 Não é se um doente vai fazer determinada coisa, se um doente se recusa, têm todo o direito, eu sou obrigada a aceitar.</p> <p>E53 Nas devidas precauções que devo tomar.</p> <p>E53 Não podemos escrever o doente recusou isto,</p> <p>E57 para que nos dê a sua colaboração se não eles podem não nos dar.</p>	6	2

	<p>E57 Podem não querer o tratamento e nós temos de os informar</p> <p>E53 O doente tem todo o direito à cerca do seu tratamento,</p>		
♦ INFORMAÇÃO	<p>E52 É um bocado complicado.</p> <p>E52 É complicado,</p> <p>E52 É muito complicado para nós.</p> <p>E52 Porque não é fácil,</p> <p>E52 não é fácil.</p> <p>E52 Senão é complicado depende do doente.</p> <p>E56 Agora o informar</p> <p>E47 Mas eu posso ajudá-los, não é?</p> <p>E47 Mas, mas, mesmo o que eles têm?</p> <p>E53 Que tipo de informação que dou?</p> <p>E54 Eu? Que tipo de informação?</p>	28	8

	<p>E60 Mas acho que se calhar tem que ser assim, não é?</p> <p>E60 Qual é a informação que lhe dou?</p> <p>E52 eles realmente questionam-nos muito em relação ao diagnóstico e nós E nós muitas vezes não sabemos o que havemos de dizer ao doente,</p> <p>E52 Há tempos, ainda o outro dia, estive com um doente com neoplasia que não sabia, não sabia ao que vinha, o que lhe vai ser feito, o que lhes vai acontecer a seguir.</p> <p>E60 Mas por ex. em termos de terapêutica, as minhas colegas dizem, e eu vou fazer isto, vou fazer aquilo, ou faço aquilo</p> <p>Eu aprendi na escola que só se administra o que está prescrito, mas pronto as minhas</p>		
--	--	--	--

	<p>colegas mais velhas, já têm mais experiência, como hei-de explicar maior à vontade e maior autonomia e dão a terapêutica mesmo quer não está prescrita E53 As pessoas com neoplasias sabem mais cedo ou mais tarde sabem,</p> <p>E53 mesmo que não lhes tenha sido dito, sabem!</p> <p>E53 Isto da minha experiência diz que sim, muitas vezes a família não permitiu que o doente soubesse,</p> <p>E53 mas eles sabem.</p> <p>E53 muitas das vezes ele já sabe antes de ter sido dito,</p> <p>E53 há aqui um sexto sentido e as pessoas apercebem.</p> <p>E52 Tentamos falar com os familiares, daquilo</p>		
--	---	--	--

	que eles também sabem.		
--	------------------------	--	--

CATEGORIA: O C.I CONTRIBUI PARA A HUMANIZAÇÃO

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ HUMANIZAÇÃO	E46 Claro! E47 Pode, E47 pode, E47 mais do que isso! E48 Claro, é melhor. E49 Eu acho que sim! E49 Eu acho que sim! E50 Sim. E50 Sem dúvida. E51 Eu penso que sim E52 Sim,	42	15

	<p>E52 sim,</p> <p>E54 Sim.</p> <p>E56 Sim.</p> <p>E57 Eu penso que sim.</p> <p>E58 Sim.</p> <p>E59 Claro que sim,</p> <p>E59 bastante.</p> <p>E60 Eu acho que contribui.</p> <p>E60 Acho que contribui,</p> <p>E49 Mas penso que sim,</p> <p>E49 é importante!</p> <p>E52 Eu acho que o consentimento informado, o consentimento informado é isso, é importante nesse sentido</p> <p>E53 Claro que é o que nós fazemos diariamente</p>		
--	---	--	--

	<p>E49 Embora seja um bocadinho discutível, também!</p> <p>E49 Às vezes é complicado!</p> <p>E49 E nem sempre e também com uma faixa etária um pouco elevada e nem sempre é fácil envolver o doente e família, não é?</p> <p>E54 Os doentes estão muito relutantes às vezes a certos exames, vêm lá de fora com ideias muito confusas</p> <p>E54 Eles vêm com ideias lá de fora é ajudar a esclarecer</p> <p>E49 Mas penso que numa perspectiva da família colaborar,</p> <p>E49 do doente colaborar.</p> <p>E51 Eu, eu...hum... penso que faz parte da humanização dos cuidados.</p> <p>E50 O doente está informado do que está e vai</p>		
--	--	--	--

	<p>acontecer e só por aí podemos falar em humanização.</p> <p>E50 Só assim podemos humanizar os cuidados.</p> <p>E57 Ao informarmos as pessoas e ao pedirmos o seu consentimento informado, estamos a humanizar.</p> <p>E57 Estamos a torná-los parte integrante daquele, seu tratamento.</p> <p>E isto contribui para a humanização.</p> <p>E58 O doente se souber a intervenção, o que se vai seguir, quais os riscos, o que poderá minimizar, poderá ser melhor.</p> <p>E58 Proporciona maior conforto, maior segurança, o doente sente-se mais seguro.</p> <p>E59 Fala-se pouco com o doente.</p> <p>E59 O consentimento informado é bom para o</p>		
--	---	--	--

	<p>doente saber o que se passa com ele</p> <p>E59 e saber que vai fazer os exames isto contribui para a humanização.</p> <p>E55 Ou não recusar em relação à sua saúde, implicar o doente nos seus cuidados isso traz, leva à humanização.</p>		
♦ INFORMAÇÃO	<p>E46 O doente não sabe absolutamente nada e perguntam-te vai doer muito?</p> <p>E46 E o que me vão fazer?</p> <p>E46 Incluso a cirurgia e isto é mais notório se são pessoas da terceira idade, claro!</p> <p>E46 Mas se é um velhote choram, ficam nervosos e choram e não dormem toda a noite.</p> <p>E46 Porque desconhecem tudo, tudo, o que lhe vão</p>	28	8

	<p>fazer no hospital.</p> <p>E47 Do que têm do que é que lhes vão fazer</p> <p>E47 Mas, mas não acontece.</p> <p>E47 Nós aqui no nosso serviço, que é de cirurgia temos doentes que vão fazer uma colostomia, eles não fazem ideia do que é aquilo!</p> <p>E47 E depois vamos ensinar, tem uma colostomia, um saquinho... e dizem :</p> <p>Quem? Eu? Não!</p> <p>E47 Eles não fazem a mínima ideia,</p> <p>E47 ninguém os informou, que iriam ficar com uma colostomia, não é?</p> <p>E47 Nunca são informados, é um bocado mau!</p> <p>E59 Os doentes acabam por não saber na realidade o que se passa. É um bocadinho assim.</p>		
--	--	--	--

	<p>E60 Nós tentamos proteger o doente, às vezes tentamos proteger a pessoa,</p> <p>E49 Nós temos aqui um caso de um doente com um neo e ninguém lhe disse nada, é horrível!</p> <p>E51 E muitas vezes os doentes não são informados disso e nos confrontamos com isso.</p> <p>E51 E Sr. Enf. vai doer?</p> <p>E o que eu vou fazer?</p> <p>E posso morrer?</p> <p>E51 Muitas vezes o doente desconhecem o que é que lhes vai fazer e lá está,</p> <p>E54 Há doentes quer vão fazer quimio e não sabem o diagnóstico.</p> <p>E49 Por ex. eu tive um doente que ia ser operado ao esófago e a certa altura apercebi-me que ninguém</p>		
--	--	--	--

	<p>lhe tinha explicado o pós operatório, isto é iria ser ventilado. Eu expliquei-lhe ao doente e à família.</p> <p>Foi horrível senti-me mal, cheguei a casa angustiada e se o médico souber?</p> <p>E54 dou-lhe um ex. eu tive um familiar com neo da bexiga e o médico disse-me que só lhe dava 6 meses de vida e já passaram 20 anos. Eles também se enganam.</p> <p>E54 Tive um doente que tinha uma carcinomatose peritoneal, o médico disse-lhe que havia uma luz ao fundo do túnel. Claro que eu sabia que não havia nenhuma luz.</p> <p>E55 O Prof. do nosso serviço fez um documento</p>		
--	---	--	--

	<p>para o consentimento informado e eram os enfermeiros que entregavam.</p> <p>Claro que não o fizemos, nem sabíamos o que o médico tinha informado ao doente, nem muito menos no diagnóstico.</p> <p>Negamo-nos a participar nisso!</p> <p>E47 É um direito que todos eles tem, que deviam ser informados</p> <p>E60 Acho que porque nós temos que perceber o que se passa, não é?</p> <p>E60 Nós todos temos os direitos a saber o que é que se passa connosco.</p> <p>E60 E à família, desde que o doente dê autorização acho que deve saber.</p> <p>E60 Portanto acho muito importante e todas as</p>		
--	---	--	--

	<p>peessoas têm o direito de saber</p>		
<p>♦ PARTICIPAÇÃO DOS ENFERMEIROS</p>	<p>E60 tentamos não dizer,</p> <p>E60 não queremos dizer o diagnóstico porque é mau, tentamos atenuar o maior e melhor, o máximo que se pode.</p> <p>E49 jogar com eles, não dando pormenores todos, pronto</p> <p>E49 Ouve nós... claro que damos a informação velada.</p> <p>E49 Nós damos toda a informação de uma forma velada, escondida, nós somos verdadeiros nisso à séculos, a informação é dada mal, não é?</p> <p>E53 No fundo nós fazemos o consentimento informado</p> <p>E49 É assim, se as pessoas estiverem informadas,</p>	86	15

	<p>tiverem conhecimentos,</p> <p>E49 Talvez seja mais fácil envolvê-las no projecto de tratamento da cura.</p> <p>E49 É importante informar.</p> <p>E49 Tentamos sempre envolver,</p> <p>E49 Somos nós que falamos com o doente e também com a família</p> <p>E51 Um doente que vai ter alta, que está preparado para o que vai acontecer ou que poderá acontecer no domicílio, não só ao doente como á sua família.</p> <p>E51 Pronto...hum...nós explicamos o seu exame vai ser assim, vai sentir alguma dor, mas vai ter uma analgesia previamente.</p> <p>E51 têm com o doente somos nós que ouvimos este tipo de dúvidas que o doente têm.</p>		
--	---	--	--

	<p>E51 Sinto isto, porque muitas vezes os doentes</p> <p>E51 Às vezes são coisas tão banais, tão simples que muitas vezes nós próprios nos esquecemos, muitas vezes esquecemo-nos de transmitir isso ao doente.</p> <p>E51 Às vezes a ansiedade que, que....hum... determinados comportamentos, pronto, deve ter a ver com esta técnica,</p> <p>E55 Se nós acharmos que o consentimento informado têm a ver com dizer, o explicar ao doente o que ele tem, que hipóteses de tratamento,</p> <p>E60 O que nos vão fazer, qual é o diagnóstico, realmente o diagnóstico que temos.</p> <p>E60 Eu se fosse eu gostava de saber.</p> <p>E51 Acho que nós enfermeiros somos um bocadinho. Não em relação ao que nos diz respeito</p>		
--	---	--	--

	<p>directamente, mas às vezes temos dificuldade em perceber até onde vão os nossos limites.</p> <p>E51 Pronto, acho que nós também nos sentimos um pouco mais limitados, porque é assim muitas vezes, nós nem sabemos qual é o exame que o doente vai fazer.</p> <p>E54 O médico já falou consigo?</p> <p>E54 Não sou eu que os vou informar tem que ser o médico.</p> <p>E54 Explicamos mas não em diagnóstico,</p> <p>E54 esclarecemos de algumas patologias,</p> <p>E54 ajudar a esclarecer patologias,</p> <p>E54 para o doente estar esclarecido para saber</p> <p>E54 Nós não podemos dar informação</p>		
--	--	--	--

	<p>E54 Eu não costumo fazer isso.</p> <p>E54 Se tem que ser operado ou se tem um exame, muitas vezes perguntam-nos a nós se o pai deve ou não fazer aquela cirurgia ou o exame.</p> <p>Se informar-mos quem nos defende?</p> <p>Ninguém!</p> <p>E54 Tenho sempre uma atitude defensiva, quero terminar o dia bem,</p> <p>E54 porque senão há represálias.</p> <p>E54 Informa-se como se sabe de uma forma velada</p> <p>E54 Nós informamos e depois não temos rede.</p> <p>E54 Eu nunca digo o diagnostico grave e outro se não for grave com cuidado.</p> <p>E54 Ninguém nos defende e eu quero terminar o dia sem problemas.</p> <p>E54 Se não tenho problemas.</p>		
--	---	--	--

	<p>E51 talvez pela proximidade que o enfermeiros está,</p> <p>E52 E era muito importante também para nós e para o doente.</p> <p>E46 Se lhe explicarmos que vamos puncionar uma veia, vai ficar com um soro, os doentes aceitam e dizem-nos sim, sim</p> <p>E51 Ainda agora tivemos uma jovem que tirou uma simples drenagem pelo facto de não saber como as coisas se iriam processar, esteve mal, muito angustiada, não dormiu. Só depois é que apercebemos daquela reacção, do não dormir, por uma razão muito simples, que não foi explicado ao doente como se ia proceder, se doía, se não doía.</p> <p>E52 a pessoa que sabe claramente o que vai fazer da sua situação, que está esclarecido, que sabe da</p>		
--	--	--	--

	<p>medicação, é um doente que coopera muito e ajuda muito nos nossos cuidados.</p> <p>E52 Sabe o que vai passar para a frente,</p> <p>E52 ajuda muito nos cuidados, é assim!</p> <p>E52 O doente naquele dia vai fazer este exame, que consiste nisto e nisto e é por isto que vai fazer</p> <p>E52 Este fica menos ansioso, menos nervoso, muito esclarecido.</p> <p>E56 Se o doente tiver bem esclarecido, se souber os procedimentos, os tratamentos a que vão ser sujeitos, vai ter que aguentar</p> <p>E60 Começa a aceitar a doença</p> <p>E60 e tem que aprender a lidar com a doença, não é?</p> <p>E54 Quando tem neoplasias do recto só pelo facto de ficarem com um saco, como eu disse já é uma coisa</p>		
--	---	--	--

	<p>muito grave têm que se explicar como por ex. que há vários métodos.</p> <p>E54 Sem ficar com o saco como eles dizem, é complicado!</p> <p>E54 e tentar dentro do possível esclarecer</p> <p>E49 Mas por outro lado, eu penso assim, nós temos uma população um bocadinho bocadinho, bocadinho. Com um nível baixo.</p> <p>E49 E até às vezes a família não quer que se lhe diga nada.</p> <p>E52 E acho que a participação do doente e da família é diferente, é melhor!</p> <p>E52 A família poderia querer acompanhá-lo no exame e porque não?</p> <p>E49 Mas, digo-lhe para mim todo o doente que tem um cancro, sabe que o tem,</p> <p>E49 os doentes têm um sexto sentido.</p>		
--	--	--	--

	E54 O doente sabe o que se passa pela nossa cara, pelas nossas feições, mesmo sem nós querermos. É assim!		
♦ HOSPITAL	E46 Entram aqui é um meio completamente desconhecido e pronto sofrem muito! E46 Claro desnecessariamente.	2	1
♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DTE	E46 É mau ao nível médico. E46 Os médicos não informam de nada E46 Eles são péssimos E46 Ignoram os doentes, é horrível E46 Os doentes vão fazer quimio e radio mas não sabem o que têm E51 Há uma serie de informações que eu acho que deviam ter sido dados pelo médico, mas somos nós	15	6

	<p>realmente que somos confrontados com estas situações.</p> <p>E51 Porque não há este cuidado da parte médica de explicar concretamente o que é, o que se vai passar,</p> <p>E51 Acho que há coisas estritamente médicas, como é o acto cirúrgico, como é um exame uma CPRE que envolve, como uma arteriografia que envolve muitos riscos.</p> <p>E52 Acho que, que muitas vezes isto não têm a ver com os enfermeiros, os doentes fazem exames, sem terem a mínima noção, ideia do que têm e do que vão fazer, nem porque é que o vão fazer.</p> <p>E52 Ninguém esclarece nada, dizem aquele doente da cama X vai fazer uma endoscopia no dia tal e o médico diz-lhe no próprio dia.</p>		
--	--	--	--

	<p>E52 E agora é assim!</p> <p>E52 E ele fica em jejum, nem percebe porque</p> <p>E54 Como estava a dizer à bocado o médico informa o doente</p> <p>E54 Muitas vezes a família vem ter connosco, comigo</p> <p>Sr. enf. Acha que o meu pai têm algo de grave?</p> <p>Vai morrer?</p> <p>Eu vejo as análises e envio para o médico, para explicar.</p> <p>E55 É normal é o médico que o faz.</p>		
♦ DECLARAÇÃO	<p>E55 Eu acho que em termos de consentimento informado o papel não contribui para a humanização.</p> <p>E55 No entanto, o consentimento informado que se</p>	41	8

	<p>está a praticar, o papel assinado, não traz humanização.</p> <p>E47 Como há humanização se o doente como já lhe contei não sabem que vão ficar com uma colostomia?</p> <p>E47 Assim, não!</p> <p>E55 O consentimento informado é uma coisa muito geral e implica tudo e mais alguma coisa</p> <p>E47 Eu acredito no consentimento informado, mas não como é feito no nosso serviço,</p> <p>E47 eu sei que não posso dizer,</p> <p>E47 Eu sei que não posso dizer,</p> <p>E47 não quero chatices,</p> <p>E47 mas o consentimento informado não se faz!</p> <p>E52 É importantíssimo e ainda não está, não está</p>		
--	--	--	--

	<p>completamente implementado neste serviço, pelo menos.</p> <p>E52 Na Amadora está , aqui não!</p> <p>E58 A população não está muito desperta para isso do consentimento informado, ficam acomodados à sua situação.</p> <p>E59 Às vezes falta estes aspectos , o consentimento informado no nosso serviço!</p> <p>E55 O consentimento informado como papel assinado acho que não!</p> <p>E55 Porque muitas vezes é dado um papel ao doente</p> <p>E55 e não lhes é explicado tudo aquilo que o papel implica.</p> <p>E55 E com isso os médicos sentem-se protegidos porque foi assinado o papel</p>		
--	---	--	--

	<p>E55 só que o doente pode não saber muito bem o que assinou.</p> <p>E55 Eu nunca assisti à transmissão da informação e assinatura desse papel do consentimento informado por parte do doente.</p> <p>E55 Mas nós vemos o consentimento informado que existe no serviço, normalmente o que temos é o da anestesia,</p> <p>E55 nós vemos o papel e o papel não diz nada, é geral, portanto dá hipóteses do médico fazer todas as técnicas, quer dizer, que sejam necessárias, é muito abrangente.</p> <p>E58 De momento o consentimento informado é um papel burocrático, que os doentes têm que assinar ou a família.</p>		
--	--	--	--

	<p>E48 também é assim, bom nesta fase, acaba por tanto a falta de pessoal, de recursos humanos e materiais e etc..</p> <p>E48 Não contratam enfermeiros, foram todos para o Norte ficaram poucos, um enfermeiro para vinte doentes,</p> <p>E48 faz-se o que se pode,</p> <p>E48 se há tempo informa-se.</p> <p>E48 Acaba por desligar um bocadinho</p> <p>E48 Estou-me nas tintas é deixar o barco correr.</p> <p>E48Já não luto como antigamente.</p> <p>E48 e havendo este cuidado nós temos a preocupação de informar o doente</p> <p>E48 e conversar com o doente</p> <p>E48 e aí acabamos por ligar à família</p>		
--	--	--	--

	<p>E48 e acaba por haver maior vínculo e o acompanhamento é diferente.</p> <p>E48 E o acompanhamento psicológico também é diferente, é melhor.</p> <p>E48 Interligamos e interpomos com os outros</p> <p>E53 falamos sempre com o doente sobre tudo o que lhe vamos fazer,</p> <p>E53 sobre tudo o que quer, nós esclarecemo-los.</p> <p>E53 Sem dúvida, nós podemos ficar ao pé do doente, prestar os cuidados e não falarmos com ele sem informá-lo, é impossível</p> <p>E54 e nós podemos dar apoio,</p> <p>E54 só que damos apoio.... hum.... não podemos mais.</p> <p>E46 Espero que o seu estudo melhore alguma coisa!</p>		
--	--	--	--

♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DOENTE	E46 Eles também nos ignoram.	1	1
♦ PARTICIPAÇÃO DO DTE	E55 todas as hipóteses que tem de recusar ou não recusar. E55 Pois tudo isto implica também recusa. E50 Vai ser explicado ao doente toda e qualquer técnica, este irá consentir ou não	3	2
♦ TRABALHO EM EQUIPA	E51 Há muita falta de dialogo, pronto, não é só dos médicos, penso que é do conjunto. E51 A equipa nem sempre funciona, como uma equipa como um todo. E51 Acho que ela é muito importante, que era muito importante que houvesse uma atitude diferente, para que soubéssemos E51 Estar a par do que se está e vai passar, para	4	1

	podermos muitas vezes quando somos confrontados com qualquer tipo de dúvidas podermos dar outro tipo de solução		
--	---	--	--

U.T:

**O C.I DA PRESPECTIVA DO DOENTE NA ASSISTÊNCIA
PRIVADA**

CATEGORIA: SIGNIFICADO DO C.I PARA OS DOENTES

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ INFORMAÇÃO	<p>E61 Eu já não conseguia ver, tinha cataratas e a Dr. S explicou-me tudo</p> <p>E61 e eu percebi o que tinha que fazer antes e depois da cirurgia.</p> <p>E61 Porque se não fosse operada perdia a vista.</p> <p>E62 que se dê a informação completa aos doentes.</p> <p>E62 Dar informação é necessário.</p> <p>E63 Acho que fui bem informada, tanto com o médico da urgência, como na consulta.</p> <p>E63 Explicaram-me tudo!</p> <p>E66 Os doentes devem estar informados do que têm.</p> <p>E68 Eu acho que a pessoa devia ser informada,</p> <p>E69 Eu fui informado do que tinha</p> <p>E70 Eu gosto ao contrário da minha mulher, gosto de saber o que tenho</p>	84	15

	<p>E71 saber</p> <p>E71 e conhecer como se vai desenrolar a doença.</p> <p>E71 entender a minha doença.</p> <p>E73 as pessoas estarem informadas do que têm.</p> <p>E74 Eu acho importante ter a informação.</p> <p>E75 é importante o doente estar informado.</p> <p>E62 Não dizer nada, não deve ser!</p> <p>E67 Porque acho que é importante toda a pessoa saber as doenças que têm.</p> <p>E64 É muito importante a informação,</p> <p>E65 Até agora tenho pouca a noção do que é que eu tenho.</p> <p>E65 Sei que tenho uma infecção respiratória e pouco mais.</p> <p>E65 E não sei mais do que se passa.</p> <p>E65 Em termos da equipa médica transmitida ao doente o que se passa comigo é nula!</p>		
--	---	--	--

	<p>E74 E não sei muito bem o que me vão fazer.</p> <p>E64 e não informar</p> <p>E68 O que eu hei-de dizer?</p> <p>E61 Tudo explicadinho</p> <p>E62 Têm-me explicado o que eu tenho, é falta de oxigénio no sangue.</p> <p>E62 Estava em casa e vim para a urgência para me informar o que eu tinha</p> <p>E63 Explicou-me tudo</p> <p>E63 Eu sou diabética e também hipertensa e isto tudo causou-me um desequilíbrio...</p> <p>E63 E eu já sabia, porque me tinham explicado que quando tivesse a hemorragia devia ir ao médico da urgência do hospital para ser tratada.</p> <p>E63 Ele disse-me que tinha que ficar internada devido à diabetes e à hipertensão para ser vigiada e medicada.</p> <p>E63 Ele disse que eu estava na iminência de ter um enfarte, de maneira</p>		
--	---	--	--

	<p>que tive que fazer exames</p> <p>E63 e explicaram-me porque os devia fazer.</p> <p>E64 explicaram-me,</p> <p>E66 porque me foi explicada a medicação para ficar boa.</p> <p>E67 Só vou saber depois do TAC.</p> <p>E69 Bom neste momento estou esclarecido</p> <p>E70 Fui informado de tudo quanto eu quis saber.</p> <p>E71 mas sobretudo ajudou-me na medicação que estou e que vou ter que tomar.</p> <p>E72 Foi uma reintervenção e para mim foi imprescindível saber o que eu tinha.</p> <p>E72 Nem sei como seria se fosse doutro modo.</p> <p>E72 Foi muito importante saber o que se passa.</p> <p>E62 Esta minha doença foi muito esquisita, até os médicos não sabiam o que eu tinha, começaram por me dar um leque de doenças que até não</p>		
--	---	--	--

	<p>tinha, para depois se chegar à conclusão correcta.</p> <p>E63 Quando vi o sangue fiquei em pânico e fui logo ao hospital, que é onde eu vou sempre.</p> <p>E63 A diabetes desceu logo e a hipertensão também desceu.</p> <p>E68 Há três anos que até me custa a engolir o comprimido.</p> <p>E65 Não!</p> <p>E65 Como lhe disse não sei o que tenho,</p> <p>E65 ninguém me informou de nada.</p> <p>E67 Por enquanto ainda não se sabe.</p> <p>E67 Portanto ainda não sei muito bem o que tenho e o que vou fazer.</p> <p>E68 Não,</p> <p>E68 em nada.</p> <p>E68 Eu estou muito mal da garganta, já fiz vários exames, mas não me dizem nada do que eu tenho.</p> <p>E74 Tenho aqui os exames, mas não considero que sei o que me está</p>		
--	--	--	--

	<p>acontecer.</p> <p>E74 Não estou muito bem esclarecido.</p> <p>E73 E essa resposta ainda não sei.</p> <p>E74 Estou a ficar nervoso</p> <p>E74 e confuso.</p> <p>E61 Porque todas as pessoas deviam saber antecipadamente o que tem, para depois poderem recuperar mais depressa,</p> <p>E63 Para evitar cometer disparates pela segunda vez.</p> <p>E64 Indispensável saber o que se passa connosco,</p> <p>E66 Não somos enganados.</p> <p>E68 que o doente precisa de saber ,</p> <p>E70 Gosto de saber o que tenho, o que se passa,</p> <p>E70 gosto de ter essa informação.</p> <p>E71 Para sabermos o que devemos fazer e o que temos.</p> <p>E72 Como já lhe disse para mim foi muito importante saber o que eu</p>		
--	---	--	--

	<p>tenho</p> <p>E72 ou tinha e saber como as coisas vão decorrer.</p> <p>E66 Antigamente era escondido tudo, hoje é explicado tudo ao doente.</p> <p>E69 Porque as pessoas devem saber o que tem,</p> <p>E61 para que podesse ser operada e estarem melhor na vida.</p> <p>E69 para organizar a sua vida.</p> <p>E61 Se não soubermos não podemos fazer nada.</p> <p>E68 A Sr. Dr. E estive aqui e estive a falar com as minhas filhas aqui à minha frente</p> <p>E65 Mas não me informaram.</p> <p>E65 Aguardo que falem comigo.</p> <p>E67 Mas como lhe disse ainda não sei o que tenho.</p> <p>E73 mas ainda não sei o que tenho.</p> <p>E74 mas não fui informado.</p> <p>E63 O doente tem todo o direito de ser informado.</p>		
--	---	--	--

	E64 A minha geração vai desaparecer, os amigos da minha época tenho poucos ou quase nenhuns, cada vez vou tendo menos amigos. Desculpe!		
♦ UTIL	<p>E61 Eu acho muito bem.</p> <p>E62 Acho que é essencial</p> <p>E63 Acho bem.</p> <p>E64 É muito bom .</p> <p>E67 É muito importante.</p> <p>E69 Acho que bastante.</p> <p>E70 Sim,</p> <p>E70 acho que é muito importante.</p> <p>E71 É muito importante</p> <p>E72 Para mim foi muito importante</p> <p>E73 Acho que é importante</p> <p>E75 Eu acho que é importante,</p> <p>E75 eu acho que sim</p>	30	15

	E61 Sim.		
	E63 Sim.		
	E64 Em generalidade sim.		
	E64 Sim		
	E69 Sim,		
	E69 sim.		
	E70 Tirou com certeza.		
	E71 Sim,		
	E71 em tudo		
	E72 Sim.		
	E75 Sim,		
	E75 foi muito importante.		
	E66 Ajudou-me		
	E75 claro que ajudou.		
	E75 Ajudou muito		

	<p>E61 de tal maneira que tive que esperar que o meu filho acabasse os exames para depois eu poder ser operada e ele me ajudar em casa</p> <p>E61 Sim.</p> <p>E61 Acho.</p> <p>E62 Sim,</p> <p>E62 muito</p> <p>E62 é essencial.</p> <p>E63 Acho que sim.</p> <p>E64 Acho que sim.</p> <p>E65 Sim.</p> <p>E66 Sim.</p> <p>E66 Eu acho que sim.</p> <p>E67 Acho,</p> <p>E67 acho muito útil.</p> <p>E69 Acho bastante.</p>		
--	---	--	--

	<p>E68 Eu acho que sim,</p> <p>E70 Sim,</p> <p>E70 foi muito útil para mim.</p> <p>E71 Sim,</p> <p>E71 acho muito útil.</p> <p>E72 Sim,</p> <p>E72 muito útil.</p> <p>E73 Sim.</p> <p>E73 Acho que deve ser importante,</p> <p>E74 Acho útil,</p> <p>E75 Sim,</p> <p>E75 muito útil.</p>		
♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DTE	<p>E64 mas a medicina está muito mecanizada,</p> <p>E64 os médicos esquecem-se da ideia</p> <p>E64 Os médicos não têm essa característica humana, ao meu ver.</p>	30	5

	<p>E63 A doença que tinha, tive a sorte de ter o meu médico na urgência e a minha Dr. A.P</p> <p>E63 que é uma amiga sempre me explica tudo,</p> <p>E63 com muita calma</p> <p>E63 e fico sempre calma quando falo com ela,</p> <p>E63 ela é muito carinhosa.</p> <p>E64 Os médicos deviam acompanhar os doentes, os doentes estão delebitados.</p> <p>E64 Acompanhar a nível psicológico os doentes</p> <p>E64 ou dizer o que eles tem de uma forma mecânica</p> <p>E68 mas eles só informam... hum... só falam com a minha filha.</p> <p>E62 e pergunto sempre que tenho dúvidas ao médico.</p> <p>E64 despejam a informação,</p> <p>E63 E tive a sorte de encontrar os meus dois médicos, que me trataram e explicaram tudo.</p>		
--	---	--	--

	<p>E64 mas os médicos são muito apressados,</p> <p>E64 mas não acompanham o doente,</p> <p>E64 tanto como deveriam, ao meu ver acompanhar.</p> <p>E73 Corri de médico para médico até quer alguém me ajudasse,</p> <p>E73 me desse resposta ao meu problema</p> <p>E69 Mas não percebi tudo, alguma coisa.</p> <p>E69 Há termos que os médicos usam e que eu não percebo.</p> <p>E73 Mais ou menos.</p> <p>E73 Tirou-me mais ou menos as dúvidas</p> <p>E64 mas temos que ser acompanhados pelo médico na esperança de que as coisas vão evoluir.</p> <p>E64 Senão eu sinto-me desamparado,</p> <p>E64 olhe tem isto e aquilo e depois fico desamparado, é um pouco isto!</p> <p>E64 É a época moderna!</p> <p>E64 Os médicos hoje em dia são mais materialistas,</p>		
--	---	--	--

	E64 mecanizados		
♦ PARTICIPAR	<p>E69 e por isso aceitei ser internado.</p> <p>E70 se aceito ou não.</p> <p>E70 e dizer o que acho,</p> <p>E74 Mas eu não quero ser operado!</p>	4	3
♦ TRABALHO EM EQUIPA	<p>E63 Tenho sido muito bem tratada pelos meus médicos e pelas enfermeiras.</p> <p>E63 Tenho sido muito bem tratada, acarinhada, mas estou desejosa de ir para casa.</p> <p>E63 Só tenho a dizer tudo de bom.</p>	3	1

CATEGORIA: QUEM DEVE INFORMAR E PEDIR O C.I

SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ MÉDICO	E61 O médico. E61 O doutor. E62 O médico, é claro! E63 O médico, E63 o nosso médico. E64 O médico, E65 O médico. E66 O médico. E67 O médico, claro! E68 Eu acho que é a médica, E69 Na escala hierárquica deve ser primeiro o médico, penso	17	13

	<p>eu.</p> <p>E70 O médico,</p> <p>E72 O médico.</p> <p>E74 Penso que terá que ser o médico.</p> <p>E75 Mas sobretudo os médicos.</p> <p>E64 é a minha tábua de salvação,</p> <p>E64 a pessoa a que eu estou agarrado para resolver,</p>		
♦ INFORMAÇÃO	<p>E64 para saber o que eu tenho</p> <p>E64 e o que devo fazer.</p> <p>E69 Na altura em que se está doente toda a informação é boa,</p> <p>E69 sempre boa.</p> <p>E73 Para sabermos como irá ou vai correr.</p> <p>E68 não é?</p> <p>E70 não é?</p>	7	5

♦ TRABALHO EQUIPA	EM	E71 Os enfermeiros e os médicos.	3	3
		E73 O médico e também o enfermeiro.		
		E75 As enfermeiras e os médicos.		

CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO DO DTE NA DECISÃO MÉDICA

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ PARTICIPAÇÃO	<p>E61 Eu também participei,</p> <p>E65 Eu acho que seria importante participar,</p> <p>E66 Sim.</p> <p>E70 Sim.</p> <p>E70 e gosto de participar,</p> <p>E61 A minha opinião é que depois de me explicarem, eu concordei e fui operada.</p> <p>E65 se concordamos ou não com a decisão médica.</p> <p>E70 de dizer se concordo ou não.</p> <p>E70 Neste caso concordei, mas antes explicaram-me.</p> <p>E71 De resto devo participar, se concordo ou não</p>	30	9

	<p>com a operação</p> <p>E71 ou se quero ser operado.</p> <p>E72 para dizer sim ou não.</p> <p>E61 disse que podia-me operar.</p> <p>E72 Gostaria de ter o que eu tenho, que é a autonomia para optar.</p> <p>E72 Depois de ter a informação ter a autonomia para optar,</p> <p>E66 Se eu perceber o que me vão fazer posso dar a minha opinião,</p> <p>E66 mas os médicos não ma perguntam.</p> <p>E67 Às vezes dou a minha opinião,</p>		
--	---	--	--

	<p>E63 Não sei se tenho preparação para isso,</p> <p>E63 não acha?</p> <p>E71 Em que aspecto na operação?</p> <p>E63 é melhor não!</p> <p>E64 Não.</p> <p>E64 Não gostaria.</p> <p>E69 Não tenho muita a certeza disso.</p> <p>E72 Não!</p> <p>E68 Não sei se aceito a decisão deles,</p> <p>E68 não sei se aceito, minha senhora, o que os médicos me poderão querer vir a fazer.</p> <p>E74 Mas como eu já lhe disse e vou continuar a repetir não quero ser operado.</p> <p>E74 Ele pôs as carta na mesa e eu optei não quero</p>		
--	--	--	--

	ser operado.		
♦ INFORMAÇÃO	<p>E62 Olhe é conforme, vou dar-lhe um exemplo eu fiz uma mastectomia e perguntaram-me se queria tirar o peito, eu não gostava mas teve que ser.</p> <p>E62 É subjectivo</p> <p>E70 Gosto de saber</p> <p>E65 e esclarecer as dúvidas para mim já era importante.</p> <p>E71 Mas isto tem a ver com a informação e a explicação que o médico nos dá.</p> <p>E71 Você se não for operado tem x riscos e tem Y percentagem de ficar bom, não é?</p> <p>E74 O médico explicou-me.</p>	7	5

<p>♦ RELAÇÃO MÉDICO/DTE</p>	<p>E65 Mas pelo menos falar com os doentes</p> <p>E62 eu não posso dizer que não quero isto ou aquilo eu não sou médica.</p> <p>E67 mas não me meto nos assuntos médicos.</p> <p>E69 Se tivesse habilitado acho que sim, mas como não tenho conhecimentos,</p> <p>E69 tenho que me entregar nas mãos do médico que está a fazer, a tratar-me.</p> <p>E73 Eu confio nos médicos.</p> <p>E73 Eu concordo inteiramente na decisão dos médicos.</p> <p>E73 Eles é que sabem</p> <p>E75 Isso depende se nós confiamos ou não no médico</p> <p>E75 e eu confio no médico.</p>	<p>10</p>	<p>9</p>
---------------------------------	---	-----------	----------

	<p>E63 Eu acho que é preciso conhecer bem a medicina para ter as respostas acertadas,</p> <p>E68 O meu marido era da CGD, gostava muito dos médicos dele, tudo bem!</p> <p>E68 Mas agora é diferente.</p> <p>E68 Não estou a dizer que os médicos não prestam, mas não sei.</p> <p>E64 Mas não sou contra,</p> <p>E64 mas não percebo da medicina para participar.</p> <p>E73 e eu não me meto.</p> <p>E71 Se for na operação eu não tenho conhecimentos para dizer nada.</p>		
--	---	--	--

CATEGORIA: ACESSO DO DTE À INFORMAÇÃO

SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ PARTICIPAÇÃO	E62 e depois um dia por minha iniciativa. E74 mas eu não quero ser operado.	2	2
♦ INFORMAÇÃO	E61 Disse-me o Dr. T.... é que me disse que devia ser operada e me enviou para a Dr. S que me operou. E61 A Dr. S explicou-me o que ia fazer, porque se não o fizesse ficava cega. E62 Pelo médico. E69 O médico passou no fim do dia no quarto, disse-me a que me tinha operado. E70 Foi uma hérnia discal, fui ter com o médico e ele	141	15

	<p>examinou-me e disse-me que a única solução era operar.</p> <p>E70 E mostrou-me o que eu tinha no TAC e que a única solução era operar.</p> <p>E71 Foi explicada pelo médico,</p> <p>E75 Na consulta disse-me o que tinha e que tinha que ser operada</p> <p>E62 O médico explicou-me mais ou menos o que me tinha sido afluído no hospital público,</p> <p>E70 E vai-me explicando tudo.</p> <p>E69 No fim, digamos assim.</p> <p>E71 depois dos exames que fiz explicou-me como já lhe disse que deveria ser operado, para ficar bem.</p> <p>E72 Explicaram-me tudo o que iam fazer,</p> <p>E72 também o médico anestesista me explicou.</p>		
--	--	--	--

	<p>E72 Portanto não houve nenhuma surpresa.</p> <p>E74 Explicou-me com os exames,</p> <p>E69 Mas já tinha falado anteriormente com a minha mulher, foi assim.</p> <p>E72 Em termos genéricos</p> <p>E62 Eu comecei em casa a ser tratada pelo telefone</p> <p>E65 Não me foi nada transmitido,</p> <p>E65 não sei o que se passa.</p> <p>E66 A informação técnica não me foi dada.</p> <p>E66 Estou á espera que me digam o que vou fazer e o que já fiz.</p> <p>E66 Não foi.</p> <p>E66 Nunca me foi explicado</p> <p>E67 Não foi.</p> <p>E67 Estou à espera.</p>		
--	--	--	--

	<p>E68 Não foi!</p> <p>E73 Não foi,</p> <p>E73 foi pouco.</p> <p>E73 Foi de uma forma muito vaga,</p> <p>E73 não percebi muito bem.</p> <p>E64 Oh! Minha Senhora!</p> <p>A informação da minha doença começou por mim, julgava que fosse uma pedra no rim, mas chegamos à conclusão eu e o médico que era uma ciática.</p> <p>E66 Fui de médico em médico a fazer análises durante dois anos. Comecei a ficar com uma cor amarela e tinha um tumor.</p> <p>E70 A doença apareceu-me.</p> <p>E61 Acho que sim.</p> <p>E65 Eu pessoalmente acho que sim.</p>		
--	--	--	--

	<p>E66 Sim.</p> <p>E66 Acho que sim.</p> <p>E69 Acho que sim,</p> <p>E70 Eu acho que devem ter.</p> <p>E70 Eu acho que devem ter,</p> <p>E72 Sim.</p> <p>E72 Acho que sim.</p> <p>E73 Acho que devem ter.</p> <p>E74 Acho que sim.</p> <p>E75 Sim.</p> <p>E61 Acho que devem ser informados.</p> <p>E63 Acho que deve saber,</p> <p>E65 Mas o doente deve saber,</p> <p>E67 Devem ser informados.</p> <p>E71 Acho que devem saber,</p>		
--	--	--	--

	<p>E61 mas sabendo o que têm.</p> <p>E65 Porque se me acontece a mim, gostaria de ser o primeiro a saber.</p> <p>E65 Que assim ajudaria além de tudo</p> <p>E65 deve ser o primeiro a saber.</p> <p>E65 Mas é importante o doente saber o que tem.</p> <p>E66 Porque nós gostamos de saber sempre,</p> <p>E66 E é importante sabermos o que temos.</p> <p>E72 Posso não perceber, mas tento perceber o que se passa comigo.</p> <p>E73 Porque o próprio doente deve saber do seu estado, do que tem,</p> <p>E66 ajuda na doença.</p> <p>E67 Todas as pessoas tem o direito de saber,</p> <p>E70 porque não podemos andar enganados</p>		
--	--	--	--

	<p>E61 Porque se a pessoa tiver uma coisa má, um cancro deve ir a um sitio adequado, para realizar o seu tratamento da melhor forma possível,</p> <p>E67 como há-de de continuar a sua vida, o resto da vida que lhe falta viver.</p> <p>E69 Porque trata-se da saúde das pessoas</p> <p>E71 não devem andar iludidos.</p> <p>E73 para saber como deveria actuar.</p> <p>E75 Dá-nos uma certa força sabermos o que temos até para poderem ajudar-nos.</p> <p>E65 Vai custar muito de certeza</p> <p>E63 Acho que devem ser preparados para depois poderem receber a informação.</p> <p>E63 devem ser preparados para depois receber a informação do que se passa.</p>		
--	---	--	--

	<p>E65 e também a família deve saber.</p> <p>E65 e não sei se a família saberá lidar com isso.</p> <p>E68 Sabe a família e o doente não</p> <p>E75 É assim, a família muitas vezes quer interferir porque acha que sabe o que é melhor para nós, e eu não sou nada dessa opinião.</p> <p>E69 e as pessoas têm consciência, que ter a consciência se é grave ou não a situação que têm,</p> <p>E69 para organizar a sua vida.</p> <p>E72 Já tive alguns casos graves na família, não terminais e li sempre todos os relatórios dos médicos.</p> <p>E74 Mas há formas de dizer as coisas</p> <p>E62 Acho que depende do doente.</p> <p>E62 As pessoas não são todas iguais</p> <p>E62 e depende da personalidade da pessoa em</p>		
--	---	--	--

	<p>questão.</p> <p>E62 Há pessoas que devido ao seu temperamento não se pode dizer nem fazer nada isto é regra geral.</p> <p>E64 Depende da pessoa.</p> <p>E64 Para uma pessoa que tenha... hum... pode ser um descalabro.</p> <p>E74 Depende muito do doente</p> <p>E64 Depende da pessoa,</p> <p>E64 Isso é um caso muito complexo minha senhora.</p> <p>E64 é muito complexo,</p> <p>E64 é muito,</p> <p>E64 muito,</p> <p>E64 muito complexo!</p> <p>E64 Ao meu ver não se pode dizer é A ou B,</p>		
--	---	--	--

	<p>E68 Às vezes é melhor não saber.</p> <p>E74 e se não quiser saber?</p> <p>E68 Não sei se será bom as pessoas saberem isso.</p> <p>E61 Sim.</p> <p>E62 Sim.</p> <p>E62 Para mim foi</p> <p>E62 e é muito importante.</p> <p>E63 Sim,</p> <p>E63 quero</p> <p>E64 Sim, pois.</p> <p>E64 Sim como já lhe disse,</p> <p>E65 Sim, claro!</p> <p>E66 Sim.</p> <p>E66 Quero,</p> <p>E67 Sim,</p>		
--	--	--	--

	<p>E68 Sim.</p> <p>E68 Queria ter,</p> <p>E69 Sim.</p> <p>E70 Quero</p> <p>E71 Sim,</p> <p>E72 Sim.</p> <p>E73 Sim,</p> <p>E74 Sim,</p> <p>E75 Sim,</p> <p>E75 claro que sim!</p> <p>E61 Porque os médicos têm que dizer tudo às claras e não às escondidas.</p> <p>E63 e tenho.</p> <p>E63 Porque eles me explicam,</p> <p>E64 explicou-me</p>		
--	---	--	--

	<p>E65 É importante que eu saiba o que se passa,</p> <p>E65 que seja informado.</p> <p>E66 Quero saber para ficar boa e ir para casa.</p> <p>E69 Aquela que me foi perceptível,</p> <p>E69 aquela que me foi transmitida oralmente.</p> <p>E70 e tive!</p> <p>E71 tive toda a informação que quis ter.</p> <p>E72 E tive como já lhe disse toda a informação.</p> <p>E74 sei tudo.</p> <p>E74 Sei alguma coisa,</p> <p>E75 Fui informada pelo meu médico.</p> <p>não sei o que devo fazer quando for para casa.</p> <p>E63 o que devo fazer quando for para casa.</p> <p>E61 Senão veja o meu caso</p> <p>E74 Mas posso estar nervoso.</p>		
--	--	--	--

	<p>E65 Coisa que até agora não fui.</p> <p>E66 não quero passar mais dois anos sem saber o que tenho.</p> <p>E67 mas não tenho.</p> <p>E68 mas não tenho.</p> <p>E73 mas não tenho,</p> <p>E73 não tive informação!</p> <p>E74 mas não muita,</p>		
♦ RELAÇÃO MÉDICO/DTE	<p>E63 Pessoalmente, como já lhe expliquei.</p> <p>E64 Ele não podia dizer nada, o médico, bem visto... hum... porque também não sabia o que eu tinha.</p> <p>E64 Quando foi detectado, fiz este e aquele exame e foi aí que se percebeu.</p> <p>E64 Mas não chegou e disse agora é isto, não, mas também não sabia. Está a perceber?</p>	18	6

	<p>E70 E eu entreguei-me nas mãos dele.</p> <p>E70 E ele dá-me uma assistência fabulosa,</p> <p>E70 vem cá duas vezes por dia,</p> <p>E70 ele é fantástico!</p> <p>E75 e como lhe disse eu confio no médico</p> <p>E75 e entreguei-me a ele.</p> <p>E64 o médico, se for um médico que conheça, que sinta o doente, ele é que sabe,</p> <p>E64 ele é que sabe se deve ou não dizer.</p> <p>E64 Como deve dizer e a quem deve dizer.</p> <p>E64 Ele é que sabe.</p> <p>E64 Mas se for o médico a dizer toma lá dá cá, não pode ser assim!</p> <p>E74 não consigo perceber muito bem o que o médico me diz.</p>		
--	---	--	--

	<p>E64 explicou-me e saiu!</p> <p>E69 Agora papeis e termos técnicos não.</p> <p>E69 Mas tenho os exames comigo, mas é a mesma coisa não percebo nada.</p>		
♦ HOSPITAL	<p>E62 no público como sabe é tudo ao molho e fé em Deus!</p> <p>E62 Ou seja tive que vir para o privado para saber o que tinha.</p>	2	1

UNIDADE TEMÁTICA: IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DOS ENFS NA INF E C.I, SEGUNDO O DTE

CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ PARTICIPAÇÃO	E61 Acho que sim E66 Acho que sim. E68 Acho que é evidente que sim. E69 Acho que sim. E71 Acho que sim. E72 Eu acho que sim. E73 Acho que sim. E74 Eu penso que eles devem. E75 Claro que é muito importante.	46	15

	<p>E62 Aí também têm um papel bem grande.</p> <p>E65 Se os enfermeiros em principio estão aptos para isso, devem participar também ao doente.</p> <p>E65 Pelo menos ajudar o doente perceber o que o doente têm. Pelo menos passa por aí!</p> <p>E67 Participar ... hum... com os cuidados,</p> <p>E67 com os cuidados, somente!</p> <p>E70 Podem eventualmente dizer alguma coisa,</p> <p>E70 acho que é importante, nos explicarem o que estão a fazer.</p> <p>E70 E eu pergunto porque tomo isto? E eles explicam.</p> <p>E70 Eu sei que se me estão a dar é porque tem que ser dada, mas eu pergunto sempre eles está claro dizem-me.</p> <p>E71 e participar nesse como se diz consentimento informado.</p>		
--	--	--	--

	<p>E72 Mas se eu tiver uma dúvida enfermeiro pode participar a esse nível.</p> <p>E68 têm um curso.</p> <p>E71 Hoje em dia os enfermeiros têm qualificações para também saberem o que estão a fazer.</p> <p>E68 é a vida delas,</p> <p>E68 Têm que o fazer</p> <p>E61 que devem informar também,</p> <p>E61 devem dar a informação.</p> <p>E62 e na informação,</p> <p>E63 Acho que os enfermeiros devem estar informados sobre o que se passa com os doentes.</p> <p>E66 Que devem informar,</p> <p>E69 Acho que podem informar</p> <p>E69 e esclarecer-nos.</p>		
--	---	--	--

	<p>E71 Portanto devem informar</p> <p>E67 Não.</p> <p>E65 Isso é um bocado subjectivo.</p> <p>E61 Embora primeiro deva informar o médico, pois ele é que nos vai operar.</p> <p>E63 Mas quem deve informar os doentes e o consentimento informados são os médicos.</p> <p>E63 E depois o medico deve informar a enfermeira do que o doente têm para depois poderem lidar com o doente. É essa a função da enfermeira, na minha opinião!</p> <p>E64 Quem deve informar é o médico,</p> <p>E64 Quem deve informar o doente é o médico e não o enfermeiro.</p> <p>E67 Desde o momento que o médico diga o que se passa</p> <p>E70 Quando estamos a fazer os tratamentos, depois do</p>		
--	---	--	--

	<p>médico, acho que sim.</p> <p>E70 Os enfermeiros seguem à risca o que o médico lhes disse,</p> <p>E70 a instrução que lhes são dadas.</p> <p>E74 Mas toda essa informação deve estar centralizada, alguém tem que ser responsável máximo, e terá que ser o médico.</p> <p>E74 Eu acho que o médico,</p> <p>E72 Estão presentes no nosso antes e depois.</p> <p>E72 Mas se o médico já informou o enfermeiro, não precisa de duplicar a informação, não é</p>		
♦ RELAÇÃO MÉDICO/DTE	<p>E74 não é que tenha uma relação muito próxima com o doente, mas tem essa obrigação esse dever.</p> <p>E64 Quem diz o enfermeiro diz as empregadas, entregam</p>	4	2

	<p>um tabuleiro, nem bom dia dizem e vão-se embora!</p> <p>E64 É uma falta de nível, de nível!</p> <p>E64 É como dar de comer a um cão, depende não é?</p>		
♦ RELAÇÃO ENF/DTE	<p>E62 Sobretudo no apoio</p> <p>E62 mas principalmente no apoio.</p> <p>E75 Nós contactamos mais com os enfermeiros do que com os médicos.</p> <p>E66 que devem-nos ajudar a explicar o que o médico diz</p> <p>E64 o enfermeiro é um braço do médico, para resolver os problemas.</p> <p>E64 O enfermeiro deve ter, mas não tem também o habito de acompanhar o doente,</p> <p>E64 está também muito mecanizado.</p>	7	6
♦ TRABALHO EM EQUIPA	<p>E72 Fazem parte da cadeia das pessoas que depois devem informar os doentes.</p>	2	2

	E73 Que devem participar assim como os médicos.		
--	---	--	--

U.T:

**O C.I DA PRESPECTIVA DA FAMÍLIA NA ASSISTÊNCIA
PRIVADA**

CATEGORIAS: O SIGNIFICADO DO C.I PARA A FAMILIA

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ UTILIDADE	E81 Sim, exactamente. E81 Sim é importante E81 Isto tudo é importante. E77 Acho estupendo. E77 Acho bem. E77 Acho que sim. E77 Acho que é inevitável. E79 Eu acho bem. E82 É importante. E83 Claro que é fundamental	18	15

	<p>E85 Acho que é importante.</p> <p>E85 É bastante importante.</p> <p>E86 Acho que sim.</p> <p>E87 Acho que é importante</p> <p>E88 É importante.</p> <p>E88 È importante</p> <p>E89 Acho que é imprescindível.</p> <p>E90 Importantíssimo</p> <p>E76 Há sim,</p> <p>E76 sim.</p> <p>E76 acho útil.</p> <p>E77 Acho que sim.</p> <p>E77 é fundamental.</p> <p>E78 Sim.</p> <p>E78 Foi bom para mim.</p>		
--	--	--	--

	<p>E80 Sim,</p> <p>E80 Acho que sim.</p> <p>E81 Sim, exactamente.</p> <p>E83 Sim,</p> <p>E83 sim.</p> <p>E84 Eu acho que sim.</p> <p>E85 Sim,</p> <p>E85 sim.</p> <p>E86 Sim,</p> <p>E86 sim.</p> <p>E89 Sim,</p> <p>E76 Sim,</p> <p>E76 acho que foi muito importante para mim e para o meu marido,</p> <p>E77 Muito.</p>		
--	--	--	--

	E77 Utilíssima.		
	E78 Bom, foi útil a gente saber.		
	E79 Sim, sem dúvida,		
	E79 é muito conveniente		
	E80 Muito útil.		
	E81 Muito útil.		
	E82 Acho útil.		
	E82 Muito útil.		
	E83 Sim,		
	E83 sim.		
	E83 Muito útil,		
	E84 Sim acho.		
	E84 Eu acho.		
	E85 Acho útil.		
	E86 Sim muito.		

	<p>E87 Acho que sim.</p> <p>E88 Sim,</p> <p>E88 sim.</p> <p>E89 Sim.</p> <p>E90 Acho que sim,</p> <p>E90 muito útil.</p> <p>E79 e ajuda-nos,</p> <p>E79 dá-nos calma,</p> <p>E80 Porque ajuda-nos a saber</p> <p>E83 ajuda-nos.</p> <p>E86 Porque ajuda aos doentes.</p> <p>E78 Embora fosse melhor não ter sabido, porque é mau, o caso aconteceu assim, o que é que se pode fazer?</p>		
♦ INFORMAÇÃO	E79 Mas regra geral a informação é um	120	15

	<p>pouco escassa</p> <p>E77 é genérica, é de qualquer lado para qualquer doença.</p> <p>E79 É chapa um.</p> <p>E79 É escassa.</p> <p>E84 E muitas vezes a ansiedade, os nervos dos doentes tem a ver com a falta de informação.</p> <p>E88 mas muitas vezes não entendemos os termos técnicos e outras coisas</p> <p>E76 No fundo é dar conhecimento ao doente de toda a sua situação</p> <p>E76 Eu acho que á partida deve ser dada,</p> <p>E77 A pessoa não deve viver na ignorância,</p> <p>E77 porque é como diz aqui a minha</p>		
--	---	--	--

	<p>amiga, depois de informada já se sabe quais</p> <p>os cuidados que se deverá ter,</p> <p>E77 e o que lhes pode suceder.</p> <p>E78 Eu acho que se deve saber,</p> <p>E78 deve ter a informação.</p> <p>E78 Eu acho que a gente tem que saber.</p> <p>E78 Tem que se saber.</p> <p>E79 E deve haver razões para fazerem isso</p> <p>para não alarmarem os doentes.</p> <p>E80 Acho que devemos estar, estarmos</p> <p>completamente informados com o que se</p> <p>passa com o doente.</p> <p>E81 se é a primeira vez que vai para o</p> <p>hospital, fica a conhecer as normas, a</p> <p>doença, a forma como é tratado</p>		
--	--	--	--

	<p>E86 para tirar dúvidas que o doente têm.</p> <p>E84 Acho muito importante toda a informação que se dá ao doente.</p> <p>E89 Mas deve ser dita com delicadeza e prudência.</p> <p>E76 embora numa situação grave, deva-se falar com algum familiar</p> <p>E82 Acho que a família deve ser informada de tudo o que se passa, de todas as condições, do que vai decorrer,</p> <p>E82 mais a família até do que o próprio doente.</p> <p>E89 saber a informação à cerca da doença do meu filho.</p> <p>E85 Acho que não só é importante para o</p>		
--	---	--	--

	<p>doente estar a par, como também para a família, os parentes mais próximos.</p> <p>E87 ficar mais ou menos informado.</p> <p>E84 Bom, mas também acho agora que não se vai dizer ao doente:</p> <p>« Olhe agora vai ser operado, se correr bem não morre, se não correr bem morre! »</p> <p>E84 Não se vai, vai dar uma informação dessas.</p> <p>E84 Mas deve-se dar a informação dentro dos limites e do razoável.</p> <p>E76 familiar, a mulher, para saber até que ponto é possível.... o doente tem, se for uma doença muito grave tem capacidade para reagir, não é?</p>		
--	--	--	--

	<p>E76 Para reagir à doença.</p> <p>E76 mas evidentemente que há doentes que podem ter uma reacção muito negativa.</p> <p>E84 Por ex. o meu marido já estava aqui nuns nervos, porque nunca mais o iam operar.</p> <p>E76 E para isso têm, devem ser preparados para isso.</p> <p>E76 Bom, mas eu acho que as pessoas têm o direito a saber o que têm,</p> <p>E86 Tem que ser dada,</p> <p>E89 O doente tem o direito de saber tudo sobre a sua doença.</p> <p>E77 acho que deve ser informada,</p> <p>E78 Senão como é que as pessoas, a família</p>		
--	---	--	--

	<p>ajuda os nossos doentes.</p> <p>E83 ter a informação para ajudar a minha família, o meu filho.</p> <p>E76 Porque, porque para não ter dúvidas,</p> <p>E76 para saber o que devo contar</p> <p>E77 Sabe-se o que aconteceu e o que se deve fazer,</p> <p>E78 Porque fiquei a saber qual era o problema dela.</p> <p>E80 esclareceu o que se passava,</p> <p>E80 o que ele tinha e o que tinha que fazer.</p> <p>E81 Entendi E81 e foi-me explicado a doença do meu marido,</p> <p>E81 não só a mim como a ele.</p>		
--	--	--	--

	<p>E83 Todas, mas sobretudo em relação à alta do meu filho.</p> <p>E84 Até que o médico achou que seria melhor operá-lo, para acabar com este sofrimento constante.</p> <p>E86 Através dos exames, foi-me explicado o que tinha.</p> <p>E86 Fiquei esclarecido.</p> <p>E89 porque foi muito útil esta informação.</p> <p>E76 Fui esclarecida,</p> <p>E90 Mas é claro, gosto de saber.</p> <p>E76 e como posso reagir.</p> <p>E89 e tirar as dúvidas sobre todos esses aspectos que mencionou.</p> <p>E79 Foi escassa</p>		
--	--	--	--

	<p>E79 e não tive até agora.</p> <p>E87 Podia ter sido um pouco mais bem informada,</p> <p>E87 ou porque não perguntava ou porque o médico não queria falar.</p> <p>E87 Ele está um pouco confuso com aquilo que se lhe vai ser feito, sabe que é uma operação ao joelho,</p> <p>E87 mas o que vai ser feito ao fim ao cabo.</p> <p>E87 O meu marido não lhe perguntou e ele não lhe disse.</p> <p>E87 Não lhe disse nada.</p> <p>E88 A mim pouco.</p> <p>E88 Mas também não estou muito dentro do assunto,</p>		
--	---	--	--

	<p>E88 e também as explicações não foram as melhores.</p> <p>E90 Em relação a isto, não estou devidamente elucidado,</p> <p>E87 Eu não o acompanhei muito no consultório,</p> <p>E87 em casa fazia-lhe perguntas.</p> <p>E89 Como já lhe disse o doente tem o direito de saber</p> <p>E76 sei o que devo fazer</p> <p>E76 e com o que conto.</p> <p>E77 Falo até por mim própria, gosto de estar informada</p> <p>E77 para saber depois o que devo e posso fazer</p> <p>E80 e a entender o que se passa.</p>		
--	--	--	--

	<p>E81 Para sabermos o que se passa,</p> <p>E83 A nós e ao doente a saber o que devemos fazer.</p> <p>E84 Desde que não seja de uma forma bruta.</p> <p>E84 Eu acho que as pessoas sabem,</p> <p>E84 claro que sabem</p> <p>E85 saber até onde pode ir,</p> <p>E85 o que pode ou não fazer.</p> <p>E87 Até acho que a pessoa devia estar bem informada.</p> <p>E89 Quem me esclareceu foi mais o meu filho</p> <p>E89 e depois tirei dúvidas em relação à alta com o médico.</p>		
--	--	--	--

	<p>E79 que é aquilo que eu não tenho.</p> <p>E88 E gostaria de ter tido essa informação.</p>		
♦ PARTICIPAR	<p>E84 A hemorragia era constante, não parava de acontecer, já era a sexta hemorragia, e portanto estava a lavar os dentes e iniciava de novo a hemorragia.</p> <p>E90 As veias se estão cá é porque são necessárias, se não se substituem, não sei como fica.</p> <p>E82 Eu já sabia o que o meu marido tinha e vim à consulta do Dr. L, para fazer a cirurgia.</p> <p>E82 Eu já tinha esclarecido o meu marido.</p> <p>E82 Eu também tinha sido operada, coloquei uma banda, perguntei o que</p>	16	5

	<p>achava ao Dr. L e fui informada de tudo o que me ia acontecer.</p> <p>E82 O meu marido surge além do médico em primeiro lugar por mim.</p> <p>E82 Fui eu que o instiguei a fazer esta cirurgia.</p> <p>E90 Dado como o meu filho tomou essa opção,</p> <p>E90 também não lhe perguntei como era ou como não era.</p> <p>E90 não sou eu que vou dizer não devias ter feito ou devias ter feito assim ou assado.</p> <p>E90 Até porque já passou para uma e sabe se lhe convém ou não.</p> <p>E90 Para aí não sou chamado.</p>		
--	---	--	--

	<p>E90 Mas a decisão foi do meu filho.</p> <p>E81 de forma a colaborar da melhor forma.</p> <p>E82 Para o doente dizer se quer ou não cirurgia.</p> <p>E85 Para o próprio doente poder organizar a sua vida,</p>		
♦ RELAÇÃO MÉDICO/DTE	<p>E84 Ele já era doente do Dr. G, já tinha sido atendido duas vezes</p> <p>E84 e era seguido devido às hemorragias nasais.</p>	2	1

CATEGORIA: QUEM DEVE INFORMAR E PEDIR O C.I SEGUNDO A FAMILIA

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ MÉDICO	<p>E76 Acho que é o médico que assiste o doente.</p> <p>E76 É o médico que o deve fazer</p> <p>E77 Acho que deve ser o médico,</p> <p>E77 o médico é a pessoa que nos pode informar,</p> <p>E78 O médico é que tem conhecimento,</p> <p>E79 Em principio o médico,</p> <p>E82 O médico, sem dúvida.</p> <p>E83 Bem, eu acho que é o médico.</p> <p>E83 Neste caso concreto é o cirurgião que vê o que deve fazer.</p> <p>E84 Tem que ser o médico.</p>	42	15

	<p>E84 O médico de família,</p> <p>E84 o médico assistente.</p> <p>E84 No caso do meu marido o médico especialista.</p> <p>E84 Tem que ser o especialista,</p> <p>E84 o médico que o trate do problema específico.</p> <p>E85 Eu acho que deve ser o médico assistente.</p> <p>E85 O médico mais próximo do doente.</p> <p>E85 Embora se houver neste caso que se trata de uma especialidade, além do médico assistente,</p> <p>E85 o médico,</p> <p>E85 o médico especialista.</p> <p>E86 O próprio médico,</p> <p>E86 O médico.</p> <p>E87 Eu acho que será o médico,</p> <p>E88 O médico.</p>		
--	--	--	--

	<p>E89 Devia ser o médico</p> <p>E89 e não outra pessoa.</p> <p>E76 e que deve explicar quando tiver a alta.</p> <p>E78 é que nos pode informar.</p> <p>E85 Acho que se deve informar.</p> <p>E80 Quem estiver na altura mais disponível,</p> <p>E80 mais habilitado para informar.</p> <p>E90 Primeiro os médicos mas depois também os enfermeiros.</p> <p>E80 O médico, o enfermeiro, altura quem estiver.</p> <p>E80Na altura a nossa aflição é tão grande que tanto nos faz que seja o médico ou o enfermeiro .</p> <p>E81 Talvez a enfermeira e a médica.</p> <p>E81 O médico de uma maneira e a enfermeira de outra.</p>		
--	--	--	--

	<p>E90 Os médicos e os enfermeiros</p> <p>E84 O médico que nós tivermos confiança.</p> <p>E86 que a tem seguido ao longo de tudo isto.</p> <p>E87 que é a pessoa que está mais ligada com o doente.</p> <p>E85 Isso se houver oportunidade, não se ia deslocar de propósito.</p> <p>E85 No meu caso eu fui ao consultório falar com o médico especialista, para ter informação.</p> <p>E77 é um sacerdote.</p>		
--	--	--	--

CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO NA DECISÃO MÉDICA

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ DECISÃO	<p>E76 Na decisão médica?</p> <p>E80 não é?</p> <p>E84 Eu isso, tenho dúvidas,</p> <p>E84 não sei,</p> <p>E84 não sei</p> <p>E85 Bom, eu acho isso uma pergunta complicada, depende</p> <p>E85 Depende muito da situação.</p> <p>E85 Depende muito da situação.</p> <p>E88 Hum... depende dos casos.</p> <p>E88 Mas como já lhe disse depende dos casos.</p>	46	15

	<p>E80 Nós devemos estar a par dessa decisão</p> <p>E80 o que se está a passar e que decisão é que vão tomar.</p> <p>E76 Eu acho que se houver alguma coisa e mesmo não estar confiante ou até mesmo querer ouvir uma segunda opinião</p> <p>E76 deve pegar nos exames e ouvir uma segunda opinião.</p> <p>E77 e que nós damos autorização a quem nos está a tratar, a salvar</p> <p>E85 Em casos, no caso específico do meu pai, a minha mãe pode participar, disse sim à intervenção cirúrgica.</p> <p>E85 Os médicos deram a informação, disseram que era melhor via a seguir e a minha mãe disse</p>		
--	--	--	--

	<p>que sim.</p> <p>E78 Consentir acho que sim.</p> <p>E78 Se fosse o caso de ser operada e ficar melhor acho que sim</p> <p>E89 Acho que deve participar na sua cura, na sua intervenção em tudo.</p> <p>E90 Eu posso não querer ser operado, embora o médico me diga que deva ser operado</p> <p>E90, o corpo é meu e eu é que decido.</p> <p>E90 Eu acho que o doente têm uma palavra a dizer se quer ou não quer</p> <p>E82 Mas o que querem fazer e quando o querem fazer sou eu que decido!</p> <p>E82 Como decidi esta cirurgia para mim, primeiro e depois para o meu marido.</p>		
--	--	--	--

	<p>E82 No meu caso em concreto eu decidi.</p> <p>E87 Sim.</p> <p>E87 Era importante,</p> <p>E90 Isso era, acho que sim.</p> <p>E90 E acho que nem a família tem o direito de interferir, o doente é que escolhe.</p> <p>E77 Não.</p> <p>E79 Não!</p> <p>E80 Mas podemos decidir se esta é a decisão certa ou adequada? Não!</p> <p>E80 Agora não estando habilitados para ela, acho que não devemos.</p> <p>E81 Não.</p> <p>E83 Não.</p> <p>E86 Portanto acho que não.</p>		
--	--	--	--

	<p>E78 Agora não tenho conhecimentos para mais.</p> <p>E80 Não podemos ser nós a decidir porque não estamos habilitados para isso, não é?</p> <p>E81 Eu não tenho conhecimentos de medicina.</p> <p>E82 Dentro do meu conhecimento.</p> <p>E83 eu não sei,</p> <p>E83 não tenho como assim dizer conhecimentos,</p> <p>E83 não sei nada de medicina.</p> <p>E84 Há coisas que não percebo e não me meto.</p> <p>E86 Eles os médicos tem mais conhecimentos destas coisas do que nós.</p>		
♦ EQUIPA	<p>E80 Aí terão que ser os médicos e os enfermeiros a ajudarem-nos,</p>	1	1
♦ INFORMAÇÃO	<p>E76 Bom, eu acho quando o médico deve informar os prós e os contra.</p>	6	3

	<p>E76 Porque há casos em que determinada operação em que poderá haver prós e contras e que ...</p> <p>E76 E que as pessoas devem estar esclarecidas,</p> <p>E76 o que lhes pode acontecer.</p> <p>E80 Devemos saber o que nos vão fazer,</p> <p>E87 porque ficava, acabava por ficar mais informado do que está.</p>		
♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DTE	<p>E76 Nós confiamos no médico</p> <p>E76 e ele é que é a pessoa mais adequada para resolver a situação.</p> <p>E88 Eu sou muito crente nos médicos,</p> <p>E77 Acho que isso está entregue ao médico</p> <p>E77 é ele quem decide.</p> <p>E79 Porque é muito técnico e acho que devem</p>	21	8

	<p>ser os médicos.</p> <p>E79 É uma decisão técnica portanto, o técnico é quem deve decidir.</p> <p>E81 Acho que quem decide é o médico,</p> <p>E81 ele é que sabe e nós não.</p> <p>E82 O médico se decidir o que vai fazer que o faça!</p> <p>E82 Porque da parte técnica, nunca estaria habilitada para tal decisão.</p> <p>E83 O médico é que deve e sabe o que está a fazer,</p> <p>E85 Por ex. no caso da eutanásia, no caso da eutanásia dos doentes terminais</p> <p>E85 Mas são situações que devem ficar ao cargo dos médicos a situação.</p>		
--	---	--	--

	<p>E88 eles em principio é que sabem.</p> <p>E76 Eu acho que o médico,</p> <p>E76 o médico,</p> <p>E79 A não ser, ser um caso de vida ou de morte.</p> <p>E82 Nos casos de vida ou de morte, que se lixe!</p>		
--	---	--	--

CATEGORIA: ACESSO DA FAMÍLIA À INFORMAÇÃO

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ INFORMAÇÃO	<p>E76 Em primeiro lugar foi transmitida primeiro pelo meu marido</p> <p>E81 Soube através do meu marido.</p> <p>E81 Não estiva cá no primeiro dia e soube quando recuperou.</p> <p>E81 Foi-me dito tudo antes pelo meu marido</p> <p>E84 Foi transmitida pela primeira vez pelo meu marido,</p> <p>E84 que falou com o médico e depois pelo cardiologista.</p> <p>E84 Porque está tudo relacionado com os medicamentos que está a tomar.</p>	155	15

	<p>E85 Em primeiro lugar pelo meu pai,</p> <p>E85 pelo próprio.</p> <p>E85 No meu caso só por ele.</p> <p>E89 Foi ele, o meu filho que me disse.</p> <p>E76 e depois falei com o médico</p> <p>E76 e fui logo informada</p> <p>E76 deu-me conhecimento de tudo o que se passava</p> <p>E78 Foi o médico quando a viu, descobriu a doença da minha mulher.</p> <p>E81 e depois pelo médico que o viu.</p> <p>E84 Acho que o Dr. D mudou toda a medicação e nos explicou</p> <p>E84 Bom, mas o que me explicou é que iam fazer uma operação para evitar sangrar do nariz.</p>		
--	---	--	--

	<p>E77 Sim.</p> <p>E82 No meu caso foi pela Internet,</p> <p>E82 conhecimentos,</p> <p>E82 por livros.</p> <p>E82 pelos amigos,</p> <p>E82 portanto foi por amigos, foi por aí.</p> <p>E77 A esse ponto técnico não sei muito,</p> <p>E77 melhor ainda não sei</p> <p>E79 Não foi.</p> <p>E83 Não sabia previamente,</p> <p>E83 não sabia.</p> <p>E83 Sabia previamente que ia ser operado</p> <p>E86 A um menisco, mas exactamente o que ia fazer não sabia.</p> <p>E87 Não tive informação alguma.</p>		
--	--	--	--

	<p>E88 Praticamente não me foi dada</p> <p>E88 e as explicações não foram as melhores.</p> <p>E88 Não percebi muito bem o que iam fazer ao meu pai.</p> <p>E88 Não percebi muito,</p> <p>E90 Não foi.</p> <p>E90 Não fui informado.</p> <p>E77 Está a melhorar,</p> <p>E77 mas não estou muito a par.</p> <p>E77 ou melhor ainda não percebi</p> <p>E76 A minha opinião, eu acho que no caso do cancro ou qualquer coisa desse género o médico deve tentar falar com a família,</p> <p>E79 Para sabermos o que devo fazer.</p> <p>E82 Os familiares mais próximos que saibam.</p>		
--	---	--	--

	<p>E82 Os familiares directos que vivem e estão com ele e o conhecem melhor do que ninguém, eles é que sabem.</p> <p>E88 mas é sempre bom nós sabermos o que temos.</p> <p>E88 Não é para estar a esconder que as coisas deixam de acontecer.</p> <p>E88 As coisas que têm que acontecer, acontecem e nós temos que saber.</p> <p>E78 Os doentes devem ter informação,</p> <p>E78 porque também devem saber o que vão padecer, qual é a sua doença.</p> <p>E78 Como vão reagir aos tratamentos,</p> <p>E78 tudo o que se vai passar,</p> <p>E78 é melhor para nós e para eles.</p> <p>E80 Se fosse no meu caso eu gostaria de saber,</p>		
--	--	--	--

	<p>E80 a pessoa deve ter consciência daquilo que tem,</p> <p>E80 não deve estar enganada.</p> <p>E81 No entanto acho que as pessoas deviam e devem saber</p> <p>E83 Porque a pessoa deve saber o estado em que se encontra.</p> <p>E83 Acho que não deve ser ocultado, esta é a minha opinião.</p> <p>E85 Deve informar</p> <p>E85 porque a pessoa deve saber o que se passa com ela,</p> <p>E85 Acho que deve ter acesso a toda a informação, no que diz respeito à própria pessoa.</p> <p>E86 e sabem o que lhes vai acontecer.</p>		
--	---	--	--

	<p>E87 A grande maioria dos doentes quer saber, na minha opinião.</p> <p>E87 Mas a maior parte das pessoas gosta e quer saber o que tem.</p> <p>E87 mas no meu caso preferia saber,</p> <p>E87 o que tinha e o meu tempo de vida.</p> <p>E89 com prudência,</p> <p>E89 com calma</p> <p>E89 e com serenidade.</p> <p>E90 Para saberem o que é que tem</p> <p>E90 e dado que toda a gente vai morrer, pelo menos que se saiba porque é que vão morrer, eu pelo menos vejo a coisa assim.</p> <p>E90 Eu se tiver um problema grave quero ser informado,</p>		
--	---	--	--

	<p>E77 Para estarmos muito atentos,</p> <p>E77 não fazermos disparates.</p> <p>E77 Para não termos uma recaída e para não termos uma coisa inesperada.</p> <p>E78 E também assim podemos ajudar, de outra forma não.</p> <p>E86 e ficam mais livres para organizar a vida</p> <p>E90 infelizmente pode haver um choque, mas isso é ultrapassável.</p> <p>E90 Há gente que fica muito chocada, mas se anuncia essa situação, o que é que vão fazer?</p> <p>E90 É tentar ultrapassar se for possível</p> <p>E85 Deve,</p> <p>E85 deve,</p> <p>E85 acho que sim.</p>		
--	---	--	--

	<p>E86 Eu estou convencido que sim.</p> <p>E87 Eu acho que sim.</p> <p>E87 Acho que é importante.</p> <p>E88 Sim,</p> <p>E88 claro que sim.</p> <p>E89 Correctamente,</p> <p>E90 Certamente.</p> <p>E83 Na minha opinião sim.</p> <p>E89 Acho que sim.</p> <p>E79 Por uma questão de avaliação justa da situação.</p> <p>E81 Depende da maneira de ser da pessoa</p> <p>E81 No meu caso eu morria</p> <p>E81 preferia que me escondessem</p> <p>E81 Mas eu não sou corajosa</p>		
--	---	--	--

	<p>E86 Há pessoas que aceitam a doença</p> <p>E87 Há pessoas que não aceitam a doença tão bem</p> <p>E87 que se escondem um bocadinho</p> <p>E87 depene do doente</p> <p>E87 Há pessoas como disse à bocado que referem não saber</p> <p>E88 Porque, porque depende de pessoa para pessoa</p> <p>E82 Eu tenho um caso muito chegado do meu avô e acho que chegamos à conclusão mais certa, que foi não lhe dizermos nada.</p> <p>E ao não saber foi bom para ele e nós optamos porque ele tinha 86 anos.</p> <p>Não valia a pena ser sujeito à crueldade da quimioterapia, não valia a pena!</p>		
--	--	--	--

	<p>E fez a viagem da vida dele e achava que estava bem.</p> <p>Se calhar em vez de ter vivido 3 ou 4 anos, só viveu 2. mas foi uma opção nossa.</p> <p>Acho que foi um ganho para ele.</p> <p>E82 Eu no meu caso em particular se soubesse que tinha um cancro, não queria saber,</p> <p>E82 acho que não preferia não saber.</p> <p>E84 Olhe eu acho grave os doentes saberem.</p> <p>Mas por outro lado acho que ele não se deve ocultar, porque pode haver ou trazer problemas para o doente, só pelo facto de desconhecer, não saber o que tem.</p> <p>E87 Mas é um bocadinho complicado,</p> <p>E76 Sim,</p>		
--	---	--	--

	<p>E77 Acho que sim.</p> <p>E77 Acho que sim,</p> <p>E77 é muito importante,</p> <p>E78 Sim</p> <p>E79 Sim,</p> <p>E80 Sim.</p> <p>E80 É importante</p> <p>E81 Sim.</p> <p>E81 Sim</p> <p>E82 Sim claro!</p> <p>E83 Sim.</p> <p>E83 Claro</p> <p>E84 Sim,</p> <p>E84 claro.</p> <p>E85 Sim</p>		
--	--	--	--

	<p>E85 claro que tenho.</p> <p>E88 Sim, claro!</p> <p>E89 Sim, claro.</p> <p>E90 Sim,</p> <p>E76 porque me facilita em tudo,</p> <p>E76 o que deve e como melhor o posso ajudar.</p> <p>E77 e ajudar-mos os nossos familiares.</p> <p>E77 para combatermos a nossa doença</p> <p>E78 e sei.</p> <p>E78 Tem-se confirmado tudo o que a minha mulher tem.</p> <p>E78 E tem-nos dito tudo, à medida que vamos fazendo os tratamentos.</p> <p>E80 e foi o que aconteceu no decorrer da doença do meu marido.</p>		
--	--	--	--

	<p>E81 e tive toda a informação até agora.</p> <p>E82 Mas como já lhe disse nós soubemos.</p> <p>E83 e tive aquela que me foi fornecida.</p> <p>E84 E nós temos sabido como já disse.</p> <p>E86 Não só quero, como tive a informação</p> <p>E87 Quero ter a informação,</p> <p>E89 E tive como já lhe disse.</p> <p>E84 Mas ficamos com o coração pequeno.</p> <p>E84 Penso no caso e assusto-me, o que, que hei-de fazer?</p> <p>E79 mas não tive até agora.</p> <p>E87 mas não tive.</p> <p>E88 Mas não tivemos.</p> <p>E90 mas não tivemos.</p> <p>E90 Mas não tive em relação ao meu filho.</p>		
--	--	--	--

<p>♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DTE</p>	<p>E76 e deu-me espaço para colocar dúvidas.</p> <p>E78 Chamou-me e disse-me qual era o problema dela, que ela tinha.</p> <p>E80 Foi de uma forma clara.</p> <p>E80 O médico explicou aquilo que ele tinha e o que ele tinha e o que lhe ia fazer.</p> <p>E80 Explicou quais os riscos que estava a correr de uma forma clara.</p> <p>E81 Que esclareceu o que ele tinha,</p> <p>E81 o que se tinha que fazer,</p> <p>E81 já estava inteiramente dentro do assunto.</p> <p>E82 O médico foi o último recurso,</p> <p>E82 quando fui ao médico já sabia o que queria,</p> <p>E84 e conversou connosco.</p> <p>E86 Normalmente.</p>	<p>28</p>	<p>9</p>
------------------------------	---	-----------	----------

	<p>E86 Com uma conversa,</p> <p>E86 explicou-me com calma e com desenhos o que ia fazer.</p> <p>E77 Mas sei que está muito bem encaminhada.</p> <p>E87 Não sei até que ponto o médico conhece o doente.</p> <p>E76 para ter a noção de como o doente reagiria.</p> <p>E76 Acho que o médico deve partilhar alguma informação para saber como o doente pode reagir,</p> <p>E76 porque há coisas onde o doente é mais sensível.</p> <p>E81 e ter a coragem para enfrentar o problema.</p> <p>E82 Eu no meu caso em particular, gostaria que me fizessem um rasteio do que me poderiam dizer</p> <p>E82 porque acho que o optimismo é a coisa mais</p>		
--	---	--	--

	<p>importante para os doentes.</p> <p>E82 É um passo para a cura.</p> <p>E82 Acho que eles é que devem filtrar se deve ou não ser dada a informação ao doente.</p> <p>E82 Ou quando, ou quando é o momento oportuno, ou como deve ser dito.</p> <p>E82 Acho que a crueldade.</p> <p>E82 Acho que não é crueldade,</p> <p>E82 mas o formalismo do médico dizer você tem tal, pode ser para ele um mal, e fica cada vez pior</p> <p>E84 Sim, mas acho que devem saber com calma.</p>		
♦ DECISÃO	<p>E82 Quando cheguei ao médico, disse eu quero a banda!</p> <p>E82 E com o meu marido, foi igual fui eu que decide e ele, claro está!</p>	5	3

	<p>E89 E como é obvio a opção é dele.</p> <p>E89 Não tenho, nem posso por objecção.</p> <p>E90 Ficou tudo nas mãos do meu filho.</p>		
--	--	--	--

CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO DO ENF NA INFORMAÇÃO E NO C.I

SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ MÉDICO	<p>E76 Talvez esta informação talvez devesse estar mais do lado do médico e não do enfermeiro.</p> <p>E84 Mas também muita gente a falar às vezes é pior.</p> <p>E85 há informações que só pode se dada pelos médicos, não é?</p> <p>E87 Se existe um bom relacionamento médico/ doente pode não ser necessário.</p> <p>E88 se for um caso mais grave depende, deve, cabe ao médico o papel de informar,</p>	8	6

	<p>E88 porque se calhar está mais dentro do assunto,</p> <p>E88 tem outros termos.</p> <p>E85 Deve dar a informação aos enfermeiros para eles</p> <p>E86 Se a informação for negativa, acho que um pouco mais complicado, acho que nesses casos não.</p>		
♦ PARTICIPAÇÃO	<p>E76 Por ex. o meu marido teve febre, o enfermeiro tem que ter o bom senso para não aumentar a preocupação do doente</p> <p>E76 Eu acho que devem participar mas com cautela.</p> <p>E76 e não lhe devia ter dito da febre, ele ficou</p>	45	15

	<p>muito ansioso.</p> <p>E77 Acho que o enfermeiro estando também a par da situação, sabendo, estando a par da doença é também um conselheiro para o doente.</p> <p>E78 Tem que saber o que estão a fazer.</p> <p>E78 E também pode participar e ajudar-nos.</p> <p>E79 Os enfermeiros devem complementar a informação dada pelos médicos.</p> <p>E81 Porque até se houver alguma coisa que não esteja tão bem através da enfermagem, pode-se melhorar.</p> <p>E82 os enfermeiros informarem o doente do que vai acontecer antes, e do que vai ser o depois.</p>		
--	--	--	--

	<p>E82 De informar os familiares, informar</p> <p>E82 No fundo dar a conhecer ao doente que o que lhe está a acontecer é normal.</p> <p>E82 No caso do meu marido. Não sabia que após tomar a pré medicação é normal adormecer e eu fiquei logo preocupada.</p> <p>E fui à enfermeira perguntar se era normal o que se estava a passar.</p> <p>Aqui esta um exemplo do que deverá ser o papel do enfermeiro.</p> <p>E82 Vai acontecer isto e daqui a bocado isto.</p> <p>E82 E isto dá calma.</p> <p>E84 Deve informar, mas o mínimo dos mínimos, o que vão fazer, por ex. a tensão.</p> <p>E85 Mas os enfermeiros devem dar a</p>		
--	--	--	--

	<p>informação quanto baste,</p> <p>E86 Se a informação for positiva, acho que sim.</p> <p>E87 Mas com o enfermeiro também pode ser.</p> <p>E87 Mas se o enfermeiro for uma pessoa agradável e saiba explicar, pode até ser o enfermeiro.</p> <p>E88 Se for um situação mais corrente cabe perfeitamente o papel ao enfermeiro.</p> <p>E89 Devem participar.</p> <p>E89 Devem participar,</p> <p>E89 Os enfermeiros para colaborarem como deve ser, devem estar informados do que se passa, para ajudarem o doente.</p> <p>E90 Para precisamente dar a assistência a que</p>		
--	---	--	--

	<p>doente venha a necessitar.</p> <p>E78 O enfermeiro</p> <p>E84 Depende muito da enfermeira que fala e diz.</p> <p>E77 Eu acho que sim.</p> <p>E78 Sim.</p> <p>E79 Acho que sim.</p> <p>E80 Acho que sim.</p> <p>E80 Que sim,</p> <p>E80 que é importante.</p> <p>E81 Eu acho que sim.</p> <p>E82 Eu acho que nas cirurgias é fundamental</p> <p>E83 Com certeza.</p> <p>E85 Mas acho que sim,</p> <p>E85 que devem informar.</p>		
--	--	--	--

	<p>E90 Sim.</p> <p>E76 Mas não sei.</p> <p>E88 Depende das situações,</p> <p>E84 Isto é complicado</p> <p>E80 O enfermeiro pode e deve dar informação em conjunto com o médico.</p> <p>E83 Na minha opinião é um trabalho de equipa,</p> <p>E83 portanto têm que participar em conjunto com o médico.</p> <p>E85 Devem participar com o apoio do médico, o médico assistente, especialista.</p> <p>E89 porque eu tive uma situação muito complexa, porque sou diabética e o médico disse-me que tinha que ter uma alimentação</p>		
--	---	--	--

	especial.		
	E a enfermeira não sabia.		

U.T:

**O C.I DA PRESPECTIVA DE ENFERMAGEM NA
ASSISTÊNCIA PRIVADA**

CATEGORIA: SIGNIFICADO DO C.I PARA O ENFº

SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ PARTICIPAÇÃO	<p>E91 O consentimento informado é o consentimento dado pelo doente ao acto médico, ao qual vai ser submetido.</p> <p>E96 por conseguinte deve haver esse cuidado, esse consentimento,</p> <p>E98 e o doente consente ou não o que lhe vai ser efectuado.</p> <p>E91 o doente assina o papel, a dizer que está esclarecido</p> <p>E92 escritos,</p>	26	11

	<p>E92 escritos,</p> <p>E92 se não forem aqueles que estão escritos não podem</p> <p>E97 Procurar e eu até tinha esse hábito a Sr. sabe o que vou vem fazer? O que não vem fazer, sim Sr. e depois vem um papel assinado por ela e depois ela confere. É isso não é?</p> <p>E97 Se não tivesse assinado, pois eu chamaria alguém, o médico e procuraria saber o que se passava</p> <p>E105 E depois assina ou não se concorda com aquilo que lhe vai ser feito.</p> <p>E92 O consentimento informado é a autorização dada pelo utente para que sejam feitos todos os procedimentos</p>		
--	--	--	--

	<p>E92 Portanto o consentimento informado é a autorização que o doente dá para que sejam feitos os procedimentos previamente combinados.</p> <p>E93 É o meio pelo qual o doente dá a sua autorização.</p> <p>E93 e dá o seu consentimento,</p> <p>E93 diz que sim o que quer fazer.</p> <p>E96 de modo a que o doente possa decidir em consciência.</p> <p>E96 Se está de acordo com aquilo que se vai fazer.</p> <p>E96 Assumindo em parte também algum risco daquilo que vai ou possa acontecer</p> <p>E97Eu tinha isso ali na maternidade Tinha uma</p>		
--	--	--	--

	<p>autorização ... hum que devia ser sempre assinada pela doente,</p> <p>E97 desde que esteja consciente e orientada, tem que ser sempre assinada por ela.</p> <p>E99 E o doente consentir nisso,</p> <p>E99 isto é o doente aceitar o que se lhe está a fazer, seja de enfermagem ou médico, na área médica.</p> <p>E100 O doente deve ser previamente informado e a partir daí decide ou escolhe em consciência,</p> <p>E100 bem informado se vai aceitar ou não os procedimentos.</p> <p>E101 e autoriza,</p> <p>E103 É a autorização que o doente dá para</p>		
--	--	--	--

	aquilo que se lhe propõe fazer.		
♦ MÉDICO	<p>E94 Quer dizer sobre o diagnóstico diz respeito completamente ao médico,</p> <p>E96 Para mim o consentimento informado ... hum... é todo o diálogo que existe entre o paciente e o médico.</p> <p>E96No sentido do médico o informar o que ele na realidade pensa que ele tem.</p>	3	2
♦ INFORMAR	<p>E91 Tem para isso, o médico informar o que é que vai fazer,</p> <p>E91 quais as contra indicações,</p> <p>E91 o que é que pode acontecer, o que é que não pode acontecer.</p> <p>E91 E depois de tudo explicado ao doente,</p> <p>E91 Está esclarecido,</p>	41	13

	<p>E91 esclarecido hum... aquilo que vai ser sujeito,</p> <p>E91 e a quê vai ser sujeito.</p> <p>E93 Tem que ser informado,</p> <p>E93 sobre aquilo que lhe vão fazer</p> <p>E94 a nós diz-nos respeito minimamente elucidar o doente sobre certos aspectos e doutros não.</p> <p>E94 E explicarmos o que pudermos.</p> <p>E95 Hoje vai se informando,</p> <p>E96 Se for o caso de cirurgia, por lhe os prós e os contra</p> <p>E96 Porque na medicina muitas vezes dois e dois não são quatro, não é?</p> <p>E96 Por conseguinte o que a uns corre muito</p>		
--	--	--	--

	<p>bem, a outros pode não correr muito bem, a outros podem não correr de igual modo,</p> <p>E96 o doente deve estar informado,</p> <p>E96 deve estar consciente daquilo que se vai fazer para que as coisas corram o melhor possível</p> <p>E97 Em relação aquilo que está previsto fazer hipoteticamente vai ser feito ou poderá vir a ser feito.</p> <p>E97 Deverá ser informada da cirurgia e até em relação à anestesia.</p> <p>E97 Tem que ser assim a doente vai ser intervencionada deve ser informada logo desde a consulta e,</p> <p>E97 e o que não for feito na consulta quando</p>		
--	--	--	--

	<p>chega ao internamento deve ser conferido, não está feito vamos fazer.</p> <p>E98 É em relação aos doentes.</p> <p>E98 É os doentes estarem a par de tudo,</p> <p>E98 de todos os procedimentos que lhes vão ser prestados</p> <p>E99 Para mim o consentimento informado ... hum é o facto do doente ter conhecimento do que se lhe vai fazer,</p> <p>E99 seja a que nível for, médico ou cirúrgico.</p> <p>E100 Acho que a informação clínica sobre a história, a terapêutica.</p> <p>E101 Como hei-de dizer, quando o doente tem conhecimento das técnicas e da cirurgia que vai ser submetido</p>		
--	---	--	--

	<p>E101 e tem a noção dos riscos e benefícios que terá com, com.... hum... o procedimento.</p> <p>E102 O consentimento informado parte do princípio que a pessoa para realizar algum procedimento, ou relativamente à sua situação seja explicado tudo.</p> <p>E102 A situação dela, a doença, ao internamento se for necessário, a cirurgia.</p> <p>E104 O profissional de saúde informa o doente do que é que tem e o que vai fazer.</p> <p>E104 Isto é informa-o da sua doença.</p> <p>E105 A pessoa ser o mais convenientemente informada daquilo que tem, do diagnóstico, exame ao que for sujeito.</p> <p>E97 Depende da situação da doente</p>		
--	---	--	--

	<p>E95 antigamente não havia essa informação, o doente fazia a medicação, poderia saber ou não e pouca informação lhe era dada.</p> <p>E95 porque antes poucas pessoas eram</p> <p>informadas da doença, da situação clínica, da atitude terapêutica.</p> <p>E93 Tem o direito de dizer que sim ou não.</p> <p>E93 Mas tem o direito de ser informado de todos os procedimentos.</p> <p>E97 O direito que as doentes têm de saber o que vai acontecer com elas.</p> <p>E97 Á parte disso quando a doente não está nas suas faculdades ... hum ... tem que ser o familiar mais próximo ... hum... ou, ou assim</p>		
--	---	--	--

	E97 Para depois convocar um familiar.		
♦ DECLARAÇÃO	<p>E92 Porque há às vezes, há um bocadinho aquela ideia que se abre o doente e que se pensa que se vai mais aqui ou ali e não se pode.</p> <p>E92 Têm que se fazer de novo.</p> <p>E94 Eu li qualquer coisa sobre isso.</p> <p>E100 Para mim o consentimento informado</p> <p>E100 Não sei bem a definição, mas acho que é assim.</p> <p>E97 Consentimento informado</p> <p>E97 Está a falar das doentes que são operadas?</p> <p>E97 Todas?</p> <p>E100 O que é para mim?</p> <p>E104 O que é para mim o consentimento informado?</p>	13	6

	<p>E95 Acho que é importante.</p> <p>E95 E que vem a ser feito ultimamente,</p> <p>E104 É toda a atitude que tem , que se têm , que</p>		
--	---	--	--

CATEGORIA: QUEM DEVE APLICAR O C.I

SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ AREA MÉDICA	<p>E91 O médico.</p> <p>E93 Mas se for um acto que vai depender do médico,</p> <p>E93 daquilo que o médico vai fazer,</p> <p>E93 é dele.</p> <p>E93 Também, são eles que devem informar.</p> <p>E94 Eu penso que o médico.</p> <p>E94 Tem que ser o médico.</p> <p>E94 Para dar informação ao doente, compete mais</p> <p>E95 Deve ser feita pelo médico</p> <p>E96 Em primeiro lugar penso que o médico</p> <p>E96 Mas acho que em primeiro lugar o médico.</p>	19	12

	<p>E98 Em, em cirurgia, em termos cirúrgicos será sempre o médico.</p> <p>E100 Acho que deve ser a parte médica.</p> <p>E100 São os primeiros a abordar quer seja para a cirurgia</p> <p>E101 O médico que há de executar o tal procedimento ou tal técnica.</p> <p>E102 Tenho a noção que será o médico.</p> <p>E103 O médico.</p> <p>E104 O médico quando explica a cirurgia.</p> <p>E105 O médico,</p> <p>E105 o clínico.</p>		
♦ TRABALHO EM EQUIPA	<p>E92 O utente e o médico</p> <p>E97 Os enfermeiros e os médicos.</p> <p>E98 Todos podemos informar o doente.</p> <p>E100 Mas acho que deve ser numa equipa</p>	8	5

	<p>multidisciplinar,</p> <p>E100 as decisões que damos ao doente, devem ser em equipa.</p> <p>E104 No meu ponto de vista caberá a duas pessoas ao médico e ao enfermeiro.</p> <p>E104 O enfermeiro quando faz um penso, complementando o que o médico fez ou disse.</p> <p>E104 Acho que tem que haver um trabalho em equipa</p>		
♦ FAMILIA	<p>E92 Ou então o familiar, quando é um doente com menos de 12 anos</p> <p>E92 ou quando é um utente que, que não é auto suficiente.</p> <p>E92 Ou doentes mentais, são os responsáveis ou os tutores.</p>	3	1
♦ PROFISSIONAL DE SAÚDE	<p>E93 O consentimento informado para actos médicos ou de enfermagem o profissional que irá realizar o</p>	6	3

	<p>procedimento,</p> <p>E93 daí depende de quem o for realizar.</p> <p>E98 Nos outros procedimentos que nós vamos efectuar, são consentimentos que cada profissional de saúde deve informar o doente.</p> <p>E98 Cada um na sua área.</p> <p>E99 Eu penso que será que ser se o profissional que fala ou prestará esses cuidados.</p> <p>E99 O próprio doente para depois ter confiança e saber quem lhe deve prestar informações e esclarecê-lo se for o caso.</p>		
♦ DECLARAÇÃO	<p>E93 Se nós enfermeiros formos fazer uma técnica a uma pessoa, devíamos pedir o consentimento para quase tudo.</p> <p>E94 A nós apoiar o que for preciso.</p> <p>E95 e consoante a informação que lhe é dada, nós</p>	12	6

	<p>podemos ver até onde é que podemos ir,</p> <p>E95 até onde podemos informar.</p> <p>E95 E não ultrapassar o que o médico disse ou esclareceu.</p> <p>E96 Não quer dizer que a enfermagem não colabore.</p> <p>E100 e penso que a enfermeira também pode ter algum papel nisso.</p> <p>E94 Quem deve?</p> <p>E 97 Quem deve fazer?</p> <p>E100 Acho que se me recordo</p> <p>E93 Nós realizamos actos interdependentes, não é?</p> <p>E93 Não quer dizer não possamos fazer, mas devemos aceitar isso, não é?</p>		
--	---	--	--

CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO DO ENF NA INF E NO C.I

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ NÃO PARTICIPAÇÃO	<p>E91 Eu acho que sendo o consentimento informado, o consentimento informado, sendo em relação ao acto médico,</p> <p>E98 Não vamos informar dos actos cirúrgicos,</p> <p>E98 porque isso deve ser o médico que deve informar.</p> <p>E98 Nem a situação clínica,</p> <p>E98 nem o diagnóstico do doente.</p> <p>E99 noutra área será o médico,</p> <p>E99 como a nível cirúrgico terá que ser o médico a dizer o que lhe vão fazer.</p>	61	14

	<p>E101 Na minha opinião é o médico que vai executar o procedimento,</p> <p>E101 ele também corre riscos,</p> <p>E101 ao utente dar-lhe o consentimento informado.</p> <p>E91 Quem tem esse dever e obrigação de informar é o médico.</p> <p>E91 Porque, porque eu entendo o consentimento informado em relação ao acto médico.</p> <p>E94 É mais o médico, não é?</p> <p>E97 Na participação ... hum... é só médico,</p> <p>E97 é mais médico!</p> <p>E103 Isto também devia ser feito também com o médico.</p>		
--	--	--	--

	<p>E91 Porque muitas vezes não são informados.</p> <p>E91 Porque muitas vezes os doentes não fazem ideia do que vão fazer</p> <p>E104 Mas antigamente era impensável, ninguém falava,</p> <p>E104 o doente assinava o papel da cirurgia e era quando assinava.</p> <p>E101 Há uma relação entre eles que tem que ser só deles,</p> <p>E104 Neste momento nenhum,</p> <p>E104 não existe,</p> <p>E104 ou talvez comece a existir, a falar-se,</p> <p>E104 talvez com as novas políticas das escolas de enfermagem, não sei.</p> <p>E91 Nós não podemos,</p>		
--	--	--	--

	<p>E91 Em relação à nossa participação, não devíamos informar sobre o acto médico.</p> <p>E91 Por isso nós não temos que, que por nossa auto recriação falar sobre isso. Não é?</p> <p>E91 Eu pessoalmente não dou nenhuma</p> <p>E91 Eu por minha auto recriação não digo nada,</p> <p>E91 não posso fazer isso,</p> <p>E96 por principio não sou muito clara</p> <p>E96 Porque muitas vezes aquela pessoa que nos diz, eu quero saber a verdade, estou preparada para saber a verdade, não corresponde a 100%.</p> <p>E96 O subconsciente não quer saber a verdade, quer e não quer.</p>		
--	--	--	--

	<p>E96 Porque no dia em que é dita a verdade nua e crua, ele entra em depressão e surgem imensas complicações.</p> <p>E96 Isto é o que a experiência da vida me têm ensinado, não é?</p> <p>E97 Eu não dou!</p> <p>E97 A não ser que tenha a autorização médica.</p> <p>E97 Eu procuro não dar,</p> <p>E97 Não dou!</p> <p>E98 Não dou informação.</p> <p>E101 Não sou muito directo nem muito preciso.</p> <p>E102 Nós tentamos fugir um bocado a essa situação</p> <p>E99 Mas quando é uma situação que eu Mas eu</p>		
--	---	--	--

	<p>não tenho conhecimento de todo, eu passo ao médico.</p> <p>E91 Por muito que nos custe, por muito que a nossa opinião possa ser, possa ser</p> <p>E92 Que tenha um diagnóstico grave, grave</p> <p>E92 Tenho que pensar, o diagnóstico, o que é o diagnóstico?</p> <p>E93 Que tipo de informação?</p> <p>E95 Que informação?</p> <p>E97 Que tipo de informação dou à doente?</p> <p>E99 Que tipo de informação dou?</p> <p>E99 Eu tento</p> <p>E102 Não sei!</p> <p>E102 Eu sinceramente não sei.</p> <p>E104 Como informo?</p>		
--	--	--	--

	<p>E104 Que tipo de informação dou?</p> <p>E104 não sei até que ponto está no meu âmbito informar os doentes, quando têm um diagnóstico grave.</p>		
♦ AREA ENFERMERAGEM	<p>E91 a informação que podemos dar é uma informação,</p> <p>E91 que tem que ser limitada e que vai de encontro à informação que o médico deu.</p> <p>E91 temos que ter algum cuidado quando os doentes nos perguntam muitas coisas e isso acontece muitas vezes, não é?</p> <p>E91 A informação que nós damos têm que ir de encontro à informação dada pelo médico, senão vai suscitar mais dúvidas ao doente.</p> <p>E92 O enfermeiro esclarece qualquer dúvida</p>	138	15

	<p>que o utente tenha, porque por vezes o doente não sabe o que é que lhe vão fazer, em que consiste o consentimento informado.</p> <p>E92 Portanto têm que ter a preocupação de saber se o doente está ou não está suficientemente esclarecido, porque às vezes não está.</p> <p>E93 E se achar que o conhecimento, a informação que ele tem não é suficiente deve dar uma achega,</p> <p>E93 deve ou explicar doutra maneira</p> <p>E93 ou porque a pessoa não percebeu,</p> <p>E93 ou porque a pessoa que explicou não foi suficientemente explícito.</p> <p>E93 Contribuir um pouco mais para que a</p>		
--	---	--	--

	<p>pessoa, dar um maior conhecimento da pessoa do que vai ser realizado.</p> <p>E94 Dar a informação como está,</p> <p>E94 esclarecermo-lo, o que poderá fazer para colaborar.</p> <p>E94 Tudo bem. A nível da doença, eu penso que não!</p> <p>E95 Depende muito do que o médico vai dizer,</p> <p>E95 nós não vamos ultrapassar o que ele informou, o que disse ao doente.</p> <p>E95 informado pelo médico, para podermos ver que ajuda podemos dar.</p> <p>E98 E tudo, tudo o que for da nossa área devemos ser nós a informá-los.</p> <p>E98 Mas, mas, tudo o que nos dizer, o que nos</p>		
--	---	--	--

	<p>diz respeito, a nós, somos nós, não é?</p> <p>E100 Deve-se informar a terapêutica que o doente faz, as consequências, os efeitos secundários,</p> <p>E100 os nossos cuidados, devem ser informados pelo enfermeiro porque é ele que faz os cuidados</p> <p>E101 se houver alguma dúvida, o enfermeiro pode esclarecê-los.</p> <p>E101 E esclarecer as dúvidas que poderiam ter ficado remanescentes ao utente.</p> <p>E102 É assim nós dentro do que podemos, nós também não podemos adiantar muito a nível específico.</p> <p>E102 Do que podemos informar ao doente são</p>		
--	--	--	--

	<p>os cuidados que prestamos relativamente à situação</p> <p>E102 de modo em que fique mais esclarecido.</p> <p>E103 Na informação complementar,</p> <p>E103 alguns esclarecimentos na informação que o médico não é tão claro.</p> <p>E103 O doente, alguns doentes tem receio de fazer perguntas ao médico e depois com o enfermeiro põe mais as dúvidas e aí o enfermeiro pode esclarecer, dar pormenores.</p> <p>E105 Por isso acho que o enfermeiro pode informar o doente, porque o conhece melhor.</p> <p>E93 O enfermeiro deve ver,</p> <p>E93 deve testar o conhecimento do doente.</p> <p>E93 Quando vai realizar qualquer</p>		
--	--	--	--

	<p>procedimento</p> <p>E93 Saber o que é que ele sabe acerca do assunto.</p> <p>E95 Deve-se ter um bocado de atenção ao que o doente sabe,</p> <p>E97 A informação se a doente estiver em condições de perceber o seu estado, se for grave ou menos grave.</p> <p>E98 Devemos perguntar ao doente o que é que ele sabe.</p> <p>E92 O enfermeiro, o enfermeiro é o advogado.</p> <p>E92 E portanto entra um pouco como advogado do doente para que ele vá esclarecido, para que não seja feito qualquer procedimento sem que ele não tenha sido</p>		
--	--	--	--

	<p>percebido.</p> <p>E92 É aquele que verifica se existe ou não o consentimento informado antes que o doente seja anestesiado, tome alguma pré medicação</p> <p>E96 O grau de participação do enfermeiro terá que estar limitado entre aquilo que</p> <p>E97 O enfermeiro é confirmar se estás tudo, se está tudo nas formas legais.</p> <p>E99 No ponto de vista de enfermagem somos nós próprios.</p> <p>E99 No ponto de vista médico podemos colaborar,</p> <p>E99 como nós estamos 24 h com o doente é natural que o doente nos questione sobre os procedimentos que vão ser feitos.</p>		
--	--	--	--

	<p>E99 E dentro de determinados limites nós podemos colaborar.</p> <p>E99 Retirando os medos ao doente,</p> <p>E99 minorar a ansiedade, naquilo que soubermos e pudermos fazer,</p> <p>E101 Na participação quanto muito podiam colaborar,</p> <p>E101 colaborar através da colheita de dados</p> <p>E101 Não ter um papel muito activo, porque isso tem que ser mesmo o médico.</p> <p>E105 em parte deve ter uma grande participação</p> <p>E105 Mas da experiência que nós temos para nós enfermeiros temos uma relação maior com o doente.</p>		
--	--	--	--

	<p>E105 O enfermeiro deve participar por isso no consentimento informado.</p> <p>E97 Eu acho que se deve dizer o doente tem o direito de saber o que tem ou aquilo que pensam fazer-lhe.</p> <p>E97 Se não tiver consciente, contactasse o familiar mais próximo, o marido , o filho..</p> <p>E91 não há um, não há um, não pode haver um protocolo de actuação,</p> <p>E91 Acho que as pessoas não podem estar cegas,</p> <p>E91 não podem viver na ilusão que vão ficar bem</p> <p>E91 aquela coisa, deixe estar que isso vai passar, ou que isso é só uma má fase.</p>		
--	---	--	--

	<p>E91 Isso não se pode fazer isso,</p> <p>E91 não se pode enganar o doente.</p> <p>E91 Mas às vezes o apoiar também tem muita importância.</p> <p>E92 Se o doente consegue perceber para já primeiro a informação,</p> <p>E92 esta não deve ser dada de uma vez só.</p> <p>E92 Portanto vamos doseando a informação,</p> <p>E92 antes de tudo mais a informação.</p> <p>E93Eu tento não dar essa informação,</p> <p>E93 não faz parte das minhas competências dizer à pessoa que ele tem um, um diagnóstico grave</p> <p>E95 Mas nunca ultrapassando o que o médico disse ao doente.</p>		
--	---	--	--

	<p>E98 Quando ele sabe, tento esclarecer,</p> <p>E98 quando ele já sabe tento esclarecer, mais ainda.</p> <p>E100 Tento não me precipitar,</p> <p>E101 Se o doente souber o que se passa realmente, tem a noção do que se passa, já é possível haver maior cumplicidade com ele.</p> <p>E101 Tentar não deixar abater bastante,</p> <p>E102 Eu tive umas experiências e custou-me imenso ter que falar, bom não falei, ter que acompanhar só o familiar ou a própria pessoa.</p> <p>E102 É muito complicado.</p> <p>E104 Tenho muita cautela,</p> <p>E105 Eu informo</p> <p>E91 é um dever médico,</p>		
--	--	--	--

	<p>E91 é o dever de informar,</p> <p>E91 é um dever médico</p> <p>E93 O médico é que deve dar essa informação,</p> <p>E97 isso tem a ver com a informação mais directa com o médico.</p> <p>E99 Para o médico poder ajudar o doente</p> <p>E100 porque encontra-se muito no dia a dia o médico não informa</p> <p>E101 Opto por dizer: « O seu médico vai-lhe explicar melhor isso», há muitas medidas.</p> <p>E102 e tentamos responsabilizar mais o médico.</p> <p>E103 E que felizmente é o médico a fazê-lo, mas não é fácil para ninguém.</p> <p>E104 Tento contornar a situação no sentido de</p>		
--	---	--	--

	<p>preparar, para que o médico vá dizer.</p> <p>E104 Agora se o médico vai dizer ou não o problema é dele!</p> <p>E91 As pessoas tem o direito a saber tudo,</p> <p>E91 mas tem o direito de saber e tem também o portanto</p> <p>E93 Se o doente souber, vou-lhe dar a informação que lhe uma qualidade de vida melhor., não é?</p> <p>E95 e depois tenho que utilizar todos os meios que existem para prolongar, dar uma qualidade e vida ao doente, tanto quanto possível.</p> <p>E93 Ajudar a pessoa,</p> <p>E93 a informação que vão dar alguma ajuda ao doente.</p>		
--	---	--	--

	<p>E94 Damos a melhor ... hum... como dizer?</p> <p>E94 Apoio</p> <p>E101 dar-lhe o máximo de apoio</p> <p>E94, enquanto á vida à esperança,</p> <p>E94 que a pessoa não se deve render à doença, que tem que ter esperança.</p> <p>E94 Agarrar-se, ter força de vontade, acima de tudo não deixar o doente desmoralizar.</p> <p>E99 Tento contornar o problema,</p> <p>E99 de forma a aliviar a ansiedade,</p> <p>E99 mas também não lhe dou falsas esperanças.</p> <p>E103 Felizmente não tenho muitas situações destas.</p> <p>E103 Mas não é fácil</p>		
--	--	--	--

	<p>E103 não é nada fácil.</p> <p>E91 e depois tem que se conhecer o doente</p> <p>E91 e tem que se saber até que ponto o doente quer ou não saber o seu diagnóstico e isso tem que ser respeitado.</p> <p>E96 tento saber até que ponto o doente tem conhecimento, consciência da sua situação.</p> <p>E96 E dentro disso vou, vou enfim dizendo qualquer coisa que também não vá ferir,</p> <p>E96 porque não sei até que ponto o doente aceita.</p> <p>E91 Por isso consoante o doente,</p> <p>E91 Porque muitas vezes os doentes não tem a capacidade de, de hum... informação,</p> <p>E91 de dissecar a informação,</p>		
--	---	--	--

	<p>E91 consoante o doente que têm à frente se pode</p> <p>ir dizer... hum.... mais ou menos.</p> <p>E91 Por isso têm que se avaliar o doente que se tem à frente</p> <p>E91 e consoante as informações que sabemos, que o médico passou ou tem que se ir dando,</p> <p>91 consoante o grau de emocionalidade do doente,</p> <p>E92 Primeiro pergunto-lhe o que ele sabe da situação</p> <p>E92 e depois tenho que perceber que tipo de doente tenho à minha frente e o que é que eu lhe posso dizer.</p> <p>E92 E se vou dizer de uma vez ou se vou dizer</p>		
--	---	--	--

	<p>dando uma informação, informação,</p> <p>E92 parcelando a informação de acordo com o tipo de doente que eu tenho.</p> <p>E92 Antes deve-se saber o que ele sabe de si próprio</p> <p>E92 ou o que ele sabe da patologia que ele tem.</p> <p>E94 Se o doente souber</p> <p>E95 Tenho que me cingir à informação que o doente já tem</p> <p>E99 Depende do doente que tenho à frente,</p> <p>E99 da forma como ele encara a situação da doença.</p> <p>E103 e é conforme a reacção do doente, assim a nossa atitude.</p> <p>E103 E a escolha do momento e da forma de o</p>		
--	--	--	--

	<p>dizer.</p> <p>E103 Porque há pessoas que estão preparadas e querem saber tudo o que se passa com elas</p> <p>E103 Portanto não é muito fácil de definir, como dar uma informação que não é boa.</p> <p>E103 Há pessoas que querem saber e vão directo e querem saber as coisas.</p> <p>E103 É um pouco diferente conforme a situação,</p> <p>E103 Também não pode ser predefinido como se vai fazer, depende da atitude do doente</p> <p>E105 Se o doente percebe bem</p> <p>E105 Depende da participação do utente</p> <p>E105 e se o doente aceitar, porque há doentes que não aceitam.</p>		
--	--	--	--

	<p>E105 Vou tentar explicar e ajudar o melhor possível.</p> <p>E91 de podermos ter um comportamento, sei lá!</p> <p>E91 Não há comportamentos adequados, mas, mas.... pronto adaptar-se.</p> <p>E91 qual o grau de compreensão da doença do doente e da família.</p> <p>E91 Tudo, tudo na relação também com a família,</p> <p>E91 com a relação com a família.</p> <p>E100 A família, a família às vezes sabe e tem o habito de esconder.</p> <p>E91 Porque há doentes que efectivamente não</p>		
--	---	--	--

	<p>querem saber, não é?</p> <p>E91 Preferem não saber, portanto</p> <p>E103 e há outras que não querem saber mesmo.</p> <p>E103 Às vezes andamos à procura da altura para lhe dizer E eles fogem</p> <p>E103 E há outras que até fogem da situação.</p> <p>E105 Se o doente não aceita, não sou eu que vou impor ao doente: «Olhe este diagnóstico é muito grave».</p>		
♦ DECLARAÇÃO	<p>E91 Isso é tudo na teoria, porque na prática não é isso que se passa.</p> <p>E91 Que devia fazer isso, o que não acontece na prática, não é?.</p> <p>E91 Qual a participação que deve ter o enfermeiro... bom....bom...</p>	6	4

	<p>E102 O grau de participação?</p> <p>E95 Portanto é um bocado relativo, quer dizer.</p> <p>E92 O consentimento informado é a autorização dada pelo utente e qual é a participação do enfermeiro?</p>		
♦ W EM EQUIPA	<p>E96 Primeiro terá que ver o que o médico falou para que dentro desses parâmetros,</p> <p>E96 utilizar quase a mesma linguagem</p> <p>E96 e não haver determinadas discrepância.</p> <p>E96 Por conseguinte teria ... hum... que ser um trabalho de equipa,</p> <p>E96 porque o médico teria também que falar com o enfermeiro.</p> <p>E96 Este doente tem esta situação, corre-se este risco ou esta vantagem, o doente têm</p>	17	6

	<p>conhecimento, portanto na sua abordagem falarmos todos a mesma linguagem</p> <p>E100 Eu acho que deve ser articulado com o médico e acho que deve ter um papel importante.</p> <p>E91 Se calhar estar presente durante a passagem de informação de maneira a podermos sei lá!</p> <p>E91 De maneira a podermos, das perguntas que o doente faça ser de encontro a isso, para não contrariar, para não acrescentar mais informação para não baralhar o doente, não é?</p> <p>E91 Primeiro tem que ir ao encontro ao talvez ao que o médico já lhe disse.</p> <p>E99 e podermos em conjunto,</p>		
--	---	--	--

	<p>E99 estar em sintonia.</p> <p>E99 Não vou dizer uma coisa e outro dizer outra e aumentar a ansiedade ao doente.</p> <p>E100 Vou ao encontro do que o médico já falou com eles.</p> <p>E105 Eu nunca dou informação clínica ao doente, sem que o médico o faça.</p> <p>E105 Dependendo do que o clínico, o médico lhe explicou</p> <p>E93 Dá-la na presença de outro profissional de saúde, como por ex. o médico.</p>		
--	--	--	--

CATEGORIA: O C.I CONTRIBUI PARA A HUMANIZAÇÃO

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ HUMANIZAÇÃO	<p>E91 Acho que sim.</p> <p>E92 Acho que sim.</p> <p>E92 Acho que sim,</p> <p>E92 esclarecido,</p> <p>E92 acho que sim.</p> <p>E93 Sim,</p> <p>E93 claro que sim.</p> <p>E95 Mas é bom para a criança e em geral para todos, quer dizer.</p>	30	14

	<p>E96 Eu penso que sim.</p> <p>E97 Eu acho que contribui.</p> <p>E97 Eu acho que contribui,</p> <p>E98 Acho que sim.</p> <p>E99 Para a humanização acho que sim.</p> <p>E99 pronto é bom para o doente.</p> <p>E99 Mas contribui sem dúvida nenhuma para a humanização.</p> <p>E100 Contribui.</p> <p>E100 Acho que sim.</p> <p>E101 Sim.</p> <p>E102 Sim.</p> <p>E102 Será mais fácil.</p> <p>E104 Acho que sim.</p> <p>E104 É muito importante para os nossos doentes, família e amigos.</p>		
--	---	--	--

	<p>E105 Acho que sim,</p> <p>E105 bastante.</p> <p>E105 Sim,</p> <p>E93 E eu posso não concordar com isso pessoalmente</p> <p>E100 que podem prolongar muito a qualidade de vida, a vida do doente.</p> <p>E94 Depende.</p> <p>E94 Depende muito da educação, do meio cultural das pessoas, aceitarem ou não.</p> <p>E94 Depende dos familiares e do próprio.</p> <p>E95 É um bocado relativo,</p>		
♦ PARTICIPAÇÃO	<p>E92 á sua tomada de decisão,</p> <p>E92 o doente pode querer,</p> <p>E92 o médico pode querer e o doente não autorizar.</p> <p>E91 que sejam envolvidos no processo da sua própria doença e</p>	16	4

	<p>isso humaniza os cuidados, não é?</p> <p>E93 Não é um objecto que está ali para ser cuidado, para ser tratado e não interessa se tem ou não conhecimento do que vai ser feito.</p> <p>E93 A pessoa e a família tem que ser englobados nos cuidados de saúde</p> <p>E93 Acha que não deve fazer isto ou aquilo ou acha que esta não é a decisão mais correcta</p> <p>E93 ou pura e simplesmente não quer fazer o procedimento, porque acha que não vale a pena</p> <p>E93 é de respeitar a pessoa que temos á nossa frente e,</p> <p>E93 e respeitar a sua decisão</p> <p>E93 e ela deve ter tida em conta.</p> <p>E100 Porque podemos, porque só assim o doente pode decidir em consciência</p>		
--	--	--	--

	<p>E100 se aceita os métodos invasivos, terapêuticos,</p> <p>E100 Deve decidir entre um ou outro método terapêutico.</p> <p>E100 Até porque há terapêuticas alternativas.</p> <p>E100 Ele pode ser ou não um doente paliativo, ele é que escolhe.</p>		
♦ INFORMAÇÃO	<p>E91 Porque acho que a partir do momento em que as pessoas são informadas dos procedimentos que,</p> <p>E95 Da nossa parte acho bem.</p> <p>E97 e nomeadamente o enfermeiro também</p> <p>E98 E se está informado ele pode contar com a equipa de saúde.</p> <p>E99 Porque para diminuir a ansiedade ao doente.</p> <p>E102 Porque partindo do princípio que a pessoa está informada tem menos receios relativamente ao que está a passar e possivelmente encara melhor a situação.</p>	47	12

	<p>E102 A pessoa está numa situação estranha para ela, é mais fácil para ultrapassar isso</p> <p>E104 Hoje em dia nós temos que saber o que nós temos, o que nos vão fazer e o que nos fizeram.</p> <p>E104 Porque é assim, nos dias de hoje e com os doentes cada vez mais exigentes, nós temos que saber o que estamos a fazer.</p> <p>E105 A pessoa estar informada daquilo que tem, do seu estado, os cuidados podem ser muito melhorados.</p> <p>E105 Ter conhecimento daquilo que estão a passar e do que vão passar é muito importante,</p> <p>E105 essa humanização será um ganho,</p> <p>E91 Primeiro faz com que as pessoas estejam mais dentro, sobre o processo da doença, que é uma coisa importante,</p> <p>E92 se o consentimento informado for suficientemente esclarecedor,</p>		
--	--	--	--

	<p>E93 Contribui porque a pessoa sabe o que se passa com ela,</p> <p>E93 o que vai fazer,</p> <p>E93 sabe o porque das coisas.</p> <p>E93 mas não posso de maneira alguma julgar ou criticar a pessoa porque ela tem esse direito.</p> <p>E98 Porque o doente tem que saber tudo o que ele tem</p> <p>E99 O doente sabe o que lhe vai acontecer,</p> <p>E99 o que pode esperar.</p> <p>E99 É importante também informar o doente dos riscos,</p> <p>E99 não só lhe dizer o que lhe vamos fazer, mas também dos riscos, da cirurgia, por ex. ou até da colocação de um cateter.</p> <p>E99 Para o doente estar minimamente saber o que pode contar.</p> <p>E99 Muitas vezes fazemos coisas aos doentes e os doentes não sabem.</p>		
--	--	--	--

	<p>E101 Porque o doente ao ter conhecimento sobre tudo o que vai ser feito ou o que foi feito, é muito mais fácil lidar com as situações que possam daí advir.</p> <p>E105 essa informação é muito importante</p> <p>E91 porque quando se fala de coisas que podem ser graves ou pode não ser, podem ser um acto médico, não é que não tenha qualquer gravidade,</p> <p>E91 porque todos os actos podem ter risco inerente.</p> <p>E91 Qualquer comunicação feita,</p> <p>E94 Há muitos tipos de doentes, familiares</p> <p>E97 mas desde que o doente tenha a capacidade de perceber o que se está a fazer, a dizer</p> <p>E99 Dentro dos seus limites se forem confusos e desorientados é complicado.</p> <p>E99 Os doentes dizem que sim, mas passados algumas horas,</p>		
--	--	--	--

	<p>não sabem muito bem o que dizem, o que lhes vão fazer.</p> <p>E92 O doente tem o direito de saber o que se passa consigo e o que lhe vão fazer.</p> <p>E92 Mas sobretudo ao doente, tem o direito de saber, faz parte da ética.</p> <p>E92 E o doente tem o direito à sua autonomia,</p> <p>E93 e tem o direito de se recusar a uma serie de coisas</p> <p>E92 Assim como a família,</p> <p>E92 a família existe nesta situação se o doente quiser.</p> <p>E92 Porque se o doente for autónomo, a família só participa se o doente quiser.</p> <p>E95 depende das barreiras que vamos encontrar na família</p> <p>E95 Da família é muitas vezes uma obstrução,</p> <p>E95 mas acho que bem informados, podem dar um maior apoio</p>		
--	--	--	--

	<p>, mas é trabalhoso.</p> <p>E95 Os paizinhos das crianças... hum.... é muito difícil aceitarem a realidade</p> <p>E95 e sobretudo em miúdos, é uma violência muito grande</p> <p>E95 Há a rejeição,</p> <p>E95 recusam-se a aceitar a verdade.</p>		
♦ W EM EQUIPA	<p>E91 Qualquer explicação dada aumenta a empatia aos doentes, entre os doentes e os médicos e entre as pessoas, da equipa, os técnicos de saúde e pronto!</p>	1	1
♦ RELAÇÃO EQUIPA DE SAÚDE/ DTE	<p>E91 Porque é uma relação maior,</p> <p>E91 qualquer relação,</p> <p>E91 relação que exista nas pessoas da equipa de saúde... hum... é o doente é sempre mais,</p> <p>E91 porque é o caminho para a humanização.</p> <p>E96 No sentido em haver mais colaboração das pessoas</p>	6	2

	<p>envolventes: doentes, família e enfermeiros.</p> <p>E96 Se neste consentimento tivermos todos esta linha de pensamento, a mesma linguagem, eu penso que se dá uma colaboração maior.</p>		
♦ DECLARAÇÃO	<p>E103 Acho que o consentimento informado não é devidamente aplicado.</p> <p>E103 Por isso não acho que tenha dado grandes contribuições na prática.</p> <p>E103 E não me parece que tenha sido devidamente aplicado,</p> <p>E103 pelo menos onde trabalho e trabalhei.</p> <p>E103 Tornou-se um protocolo da instituição, legal dos profissionais.</p> <p>E103 Mas isso é mais uma defesa para o doente.</p>	6	1

U.T:

**O C.I DA PRESPECTIVA MÉDICA NA
ASSISTÊNCIA PRIVADA**

CATEGORIA: SGNIFICADO

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ DECLARAÇÃO	<p>E106 é complicado o consentimento informado assim rapidamente.</p> <p>E108 Para mim o consentimento informado é uma coisa um pouco mal definida.</p> <p>E107 O consentimento informado?</p> <p>E112 O que é para mim o consentimento informado?</p> <p>E113 O que é para mim o consentimento informado?</p> <p>E113 Espera lá!</p> <p>E113 Eu posso estar a dizer um grande disparate.</p> <p>E117 O que é o consentimento informado?</p>	25	8

	<p>E118 O que é o consentimento informado?</p> <p>E116 O que é para mim o consentimento informado?</p> <p>E106 É uma pratica médica que nós já tínhamos,</p> <p>E106 eu julgo que nós, que muitos de nós já tínhamos, mesmo antes de chegar estas, estas, estas normas, directrizes.</p> <p>E106 Que torna o consentimento informado não obrigatório, mas desejado</p> <p>E106 E que a gente vê muito divulgado por tudo quanto é ... hum ... hospitais.</p> <p>E106 Mas é... hum ... no fundo é o prolongamento da consulta,</p> <p>E106 o consentimento informado não é mais do que o prolongamento de uma consulta</p> <p>E106 Consulta onde se toma uma decisão um pouco, um</p>		
--	--	--	--

	<p>pouco, pouco mais complexa quer dizer.</p> <p>E106 O consentimento informado ... hum ... é usado muito na pesquisa médica, quando estamos a utilizar um medicamento um pouco, potencialmente agressivo,</p> <p>E106 mas sobretudo quando prescrevemos algum acto de diagnóstico, complicação ou gesto terapêutico ou cirúrgico, que tem um potencial de complicação também razoável.</p> <p>E106 No fundo é o terminar da consulta do gesto da consulta médica.</p> <p>E111 e porque é que só se fala da cirurgia e não da medicina?</p> <p>E111 O consentimento informado é mais para a cirurgia do que para a medicina</p> <p>E111 O doente pode correr bem e não ter complicações,</p>		
--	--	--	--

	<p>mas da parte da medicina, da parte cardíaca pode ter.</p> <p>E111 e quando assinou o papel do consentimento informado, foi para aquela cirurgia onde estava especificados os riscos e ele teve um problema cardíaco</p> <p>E16 E acho que é obrigatório em qualquer acto, que actue na integridade do doente, com a pele, tudo o que interfira.</p> <p>E106 Excluindo o aspecto jurídico,</p> <p>E107 Tem dois aspectos. um é o aspecto formal, em que há um documento em que o médico e o doente assina,</p> <p>E107 uma autorização para que o médico, o hospital ou o quer que seja façam o procedimento diagnóstico ou terapêutico, explicando ao doente.</p> <p>E107 Esta é a parte formal do consentimento informado.</p> <p>E107 Pode ter mais interesse, mas não é o mais</p>		
--	--	--	--

	<p>importante.</p> <p>E108 Se possível com testemunhas.</p> <p>E113 se bem que hoje em dia não se assiste a isto.</p> <p>E113 Eu acho bem porque nos defendemos</p> <p>E115 É o acto que o doente têm que assinar depois de se ter explicado os riscos do acto médico.</p> <p>E116 É um documento que protege os dois lados da questão, seja o médico seja o doente.</p> <p>E116 e ambos devem assinar.</p>		
♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DTE	<p>E106 o que me interessa mais é o doente,</p> <p>E107 O consentimento informado é uma parte na relação médico/ doente mais importante,</p> <p>E107 E que se pretende do doente mais do que a autorização é a compreensão do que se vai passar.</p>	36	6

	<p>E111 O consentimento informado passa pela relação médico/ doente,</p> <p>E111 é uma relação de confiança</p> <p>E111 mas sobretudo de honestidade para com o doente.</p> <p>E116 É bom para os dois lados.</p> <p>E120 Versus um conceito de paternalismo que era o que</p> <p>E120 Antigamente predominava e que em certas áreas e enquadramento sociológico se pode aceitar ou não que exista.</p> <p>E120 Tendo sempre em vista que está sempre presente o bem do doente.</p> <p>E120 O paternalismo também tem presente isso.</p> <p>E120 Na situação dos tempos modernos com a capacidade de informação, compreensão mais alargada por parte dos doentes é o que predomina.</p>		
--	---	--	--

	<p>E111 O consentimento informado é mais do que informar o doente, vai para além disso.</p> <p>E111 O médico deve falar da sua experiência como cirurgião e não dizer as percentagens ou as estatísticas.</p> <p>E111 Nos EUA o risco é X, mas ele pode só ter feito duas cirurgias, ou então da sua experiência nessa cirurgia teve uma ou duas complicações.</p> <p>E111 O médico devia informar da sua experiência a fazer aquela cirurgia e os seus casos de sucesso e não a estatística que ele conhece.</p> <p>E111 E 95% dos médicos não dizem ao doente as complicações que tiveram</p> <p>E116 Para ambos terem a certeza, um que foi esclarecido e o outro que esclarecemos.</p> <p>E106 e em função do balanço que nós vamos ter que</p>		
--	---	--	--

	<p>fazer sempre,</p> <p>E106 entre os benefícios potenciais de qualquer acto médico,</p> <p>E106 o gesto que este mesmo inclui quando este é mais, favorável para o doente, nós devemos praticar esse gesto.</p> <p>E111 Não há honestidade da parte dos médicos.</p> <p>E111 Portanto é difícil falar assim de consentimento informado</p> <p>E111 E se houver um problema com a medicação, um erro, como é?</p> <p>E106 .. e não é partilhar connosco a decisão</p> <p>E106 Porque a decisão é médica,</p> <p>E106 aceitar a decisão médica de uma forma mais consciente.</p>		
--	---	--	--

	<p>E106 Não há partilhar de decisão,</p> <p>E106 não escolhe,</p> <p>E106 porque não está em condições de escolher,</p> <p>E106 quem decide é o médico,</p> <p>E106 o médico é que tem que escolher.</p> <p>E106 O mais adequado é esta solução.</p> <p>E108 Mas para mim é qualquer acto clínico que se exerce sobre o doente.</p>		
♦ INFORMAÇÃO	<p>E106 É obvio que temos que explicar o melhor possível ao doente.</p> <p>E106 a explicação ... hum ... tão simples e tão compreensível pela parte do doente do que nós vamos fazer</p> <p>E106 O problema aqui ... hum ... é o aspecto hum ... que nós ficamos conscientes que o doente</p>	25	11

	<p>compreendeu e entendeu perfeitamente aquilo que lhe foi dito</p> <p>E106 A partir do momento em que temos essa, no nosso consciente que o doente entendeu perfeitamente o que se lhe vai fazer e a razão porque se lhe vai fazer</p> <p>E106 e que entendeu um pouco os riscos que se estão associados a isso.</p> <p>E106 O que nós queremos é que o doente tome um pouco consciência da situação</p> <p>E106 E explica e fundamenta de forma compreensível para o doente, essa opção,</p> <p>E106 a opção que ele entende,</p> <p>E107 em que se explica ao doente, os riscos, as vantagens,</p> <p>E107 explicar</p>		
--	--	--	--

	<p>E108 Depois de ele estar esclarecido,</p> <p>E108 depois de se informar o que se vai fazer.</p> <p>E108 Bom, o consentimento informado é a informação dada ao doente antes de qualquer acto médico ou cirúrgico,</p> <p>E108 o doente tem que saber o quê, o porquê as consequências e os efeitos secundários que possam ter e os efeitos benéficos em principio são todos para ter.</p> <p>E110 O consentimento informado implica como o nome indica, dizer a informação de dado procedimento.</p> <p>E111 E devo explicar a medicação também, mas ele não percebe nada do que se lhe está a dizer</p> <p>E113 onde é explicado ao doente tudo, todos os pormenores.</p> <p>E114 após o doente ter sido esclarecido em relação às</p>		
--	---	--	--

	<p>vantagens e desvantagens dessa técnica e das técnicas alternativas.</p> <p>E116 Deve-se esclarecer tudo o que o doente quer e por outro lado proteger.</p> <p>E117 É a informação que se dá aos doentes antes de qualquer acto médico.</p> <p>E117 Explicando as vantagens e riscos que esse acto comporta.</p> <p>E118 depois de esclarecido da situação clínica, quer em relação aos medicamentos ou das cirurgias.</p> <p>E119 depois de ter conhecimento da forma de realização do procedimento, quais os riscos desses procedimentos, desvantagens e desvantagens do mesmo.</p> <p>E106 Os riscos, os benefícios</p> <p>E116 O doente tem o direito de ser completamente</p>		
--	--	--	--

	informado do que se vai ser feito		
W EM EQUIPA	<p>E107 Ou o doente e a enfermeira que fazem parte da equipa</p> <p>E113 Mas acho que o consentimento informado tem a ver com a actividade em equipa</p> <p>E113 que todas as pessoas funcionem de acordo,</p> <p>E113 em equipa, no qual está inserido o doente.</p> <p>E113 Eu acho que há determinados protocolos que não é preciso, estar sempre a explicar, a enfermeira pode fazer,</p> <p>E113 O consentimento informado isto é toda a gente chegar a um consenso,</p> <p>E113Têm que haver um consenso, na equipa estarem todos sintonizados.</p> <p>E113 Mas por ex. quando eu pergunto Sr. Enf. porque</p>	8	2

	não fez treino de marcha ao doente, ela diz e bem porque não está escrito na pasta, isto se entra num protocolo, não é necessário.		
♦ DECISÃO DO DTE	<p>E108 Em que ele dá, o seu, o seu sinal de afirmação ao médico para o fazer.</p> <p>E110 O consentimento informado é a aceitação por parte do doente de determinada técnica, diagnóstico e /ou terapêutico, devidamente esclarecido sobre todos estes procedimentos.</p> <p>E112 É a solicitação ao doente de uma forma esclarecida.</p> <p>E112 A autorização para fazer um procedimento médico.</p> <p>E114 É uma autorização para um procedimento médico quando têm algum risco,</p>	16	9

	<p>E115 O doente consente a sua cirurgia ou tratamento depois de ter sido informado</p> <p>E118 É uma autorização dada pelo doente,</p> <p>E118 O doente tem que dizer se aceita ou não fazer os exames complementares ou outras técnicas invasivas.</p> <p>E119 Está um bocado nas palavras,</p> <p>E119 É a autorização que o doente dá para que se faça determinados procedimentos</p> <p>E120 Primeiro o consentimento informado visa respeitar as preferências dos doentes face às alterações que se propõe tendo em vista a sua autonomia.</p> <p>E120 Que é o respeito pela autonomia</p> <p>E120 e tendo em conta as preferências do doente às alterações que se põe uma vez informado da situação clínica, as propostas terapêuticas e prognósticos.</p>		
--	---	--	--

	<p>E106 e que, que espera que o doente aceite essa sugestão.</p> <p>E110 O doente tem o direito de não aceitar aquilo que vai ser feito, depois de devidamente explicado.</p> <p>E110 Eu penso que isto acontece quando por vezes os doentes que vão autorizar procedimento e não estão esclarecidos sobre os quais não estão devidamente esclarecidos.</p>		
--	---	--	--

CATEGORIA: OBRIGATORIEDADE

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ OBRIGATORIEDADE	<p>E106 Eu acho que sim.</p> <p>E106 Eu acho que sim.</p> <p>E107 a obrigatoriedade do aspecto profissional concordo!</p> <p>E108 Sim!</p> <p>E108 Hoje em dia é essencial.</p> <p>E110 Sim,</p> <p>EE110 concordo.</p> <p>E110 Em todas as outras sim.</p>	16	11

	<p>E112 Sim,</p> <p>E113 Aí, eu concordo com a obrigatoriedade.</p> <p>E114 Concordo.</p> <p>E115 Concordo.</p> <p>E116 Sim.</p> <p>E118 Concordo.</p> <p>E119 Sim.</p> <p>E106 Em primeiro lugar uma obrigatoriedade ética,</p> <p>E106 E agora como isto, se torna prática corrente e lá no fundo o sentido ético da medicina.</p> <p>E107 mas não consegue testar a obrigatoriedade do procedimento, da explicação e da obtenção do consentimento informado.</p> <p>E114 Quanto à obrigatoriedade?</p> <p>E112 Com a obrigatoriedade?</p>		
--	--	--	--

♦ DIFICULDADES	<p>E111 Não.</p> <p>E111 Claro que não.</p> <p>E117 Não.</p> <p>E117 A obrigatoriedade acho um pouco excessivo.</p> <p>E111 E mais o consentimento informado não serve de nada,</p> <p>E111 Mas isto não serve de nada,</p> <p>E111 E não ajuda a detectara má pratica,</p> <p>E111 essa fica oculta.</p> <p>E111 Não acredito que os meus colegas façam algo propositado ao doente para ele não beneficiar com o tratamento.</p> <p>E111 Nós não podemos colocar a realidade dos EUA em Portugal.</p> <p>E111 Temos que ver a população que temos e a saúde</p>	17	4
----------------	--	----	---

	<p>que temos.</p> <p>E111 É triste mas é assim.</p> <p>E114 Tem desvantagens, tem algumas desvantagens.</p>		
♦ DECLARAÇÃO	<p>E106 e depois será, não é uma norma.</p> <p>E106 Eu já fiz muitos consentimentos informados É só dar o papel e pedir para assinar, eu não acho que isto seja um consentimento informado,</p> <p>E106 é apenas a resolução de um aspecto burocrático .</p> <p>E106 e portanto não basta dar-lhe o papel e que ele assine no fim do papel e a partir daqui está o consentimento informado feito</p> <p>E106 É apenas um aspecto burocrático que tem pouco a ver com o consentimento informado.</p> <p>E107 Mas a gente consegue ver a obrigatoriedade do documento,</p>	27	11

	<p>E107 A obrigatoriedade do documento é me indiferente,</p> <p>E111 não defende o médico no tribunal.</p> <p>E111 O doente assina um papel e fica descansado e sobretudo o médico também.</p> <p>E111 não o protege.</p> <p>E120 há aqui um ponto que é falso que é essa ideia que há uma folha e que o doente assina. Isto não é nada!</p> <p>E120 Tem um valor legal discutível,</p> <p>E120 mas isso era a maneira cómoda de ilibar o médico sem mais nada.</p> <p>E120 Não é isso o consentimento informado.</p> <p>E120 Pode ter uma formalização desse tipo, mas não acaba aí. Esse é o ponto!</p>		
--	---	--	--

	<p>E120 O problema do consentimento informado não se esgota com o papel que se faz,</p> <p>E114 Mas hoje em dia, não há outra forma de praticar a medicina.</p> <p>E109 Concordo por duas razões, uma primeira ou segunda não sei, por defesa do médico.</p> <p>E109 E outra a defesa do doente.</p> <p>E115 Concordo porque penso que é uma atitude que protege o médico e o doente.</p> <p>E115 Protege o doente porque sabe os riscos e benefícios que podem advir.</p> <p>E115 E protege o médico porque o doente sabe, é informado e consente a sua decisão.</p> <p>E116 Porque é protectivo para os dois lados</p> <p>E117 Porque a noção que eu tenho é que não é</p>		
--	--	--	--

	<p>suficientemente informado para evitar as razões que o levam a ter um efeito médico ou legal em sede contenciosa.</p> <p>E118 Porque antigamente punham tudo na costas do médicos e enfermeiros.</p> <p>E118 Eles eram os culpados de tudo.</p> <p>E119 Porque é uma segurança para o profissional no sentido em que ... hum ... o doente não pode alegar no caso haver algum efeito secundário, ou complicação ou algum efeito desajustado, que o procedimento não teve conhecimento.</p> <p>E119 Não pode acusar o médico de não ter atingido os objectivos.</p> <p>E110 Excepto em situações de paragem cardio respiratória ou de emergência, onde não há tempo para</p>		
--	---	--	--

	<p>pedir o consentimento informado.</p> <p>E113 Porque eu acho que acidentalmente que há pelo menos em certos casos em que não se pode aplicar o consentimento informado, expliquei-me bem?</p>		
♦ INFORMAÇÃO	<p>E106 O problema às vezes e nós vemos muito, muitas vezes vemos consentimentos informados escritos e sabemos claramente que as pessoas não entendem metade do que está lá escrito.</p> <p>E106 Porque muitos dos textos ... hum ... por muito simples que sejam nós, não temos a certeza que eles entendem</p> <p>E106 Porque o nível cultural e social é baixo</p> <p>E106 Ou seja nós temos que ficar conscientes que o doente entendeu, o doente e a família às vezes</p> <p>E120 não quer dizer que não houvesse mas os doentes</p>	25	11

	<p>não percebiam as queixas mais de 90%.</p> <p>E110 Deve saber qual o procedimento, deve conhecê-lo com o grau de explicação consoante o seu nível sócio cultural, adequado ao doente que em consciência dá o seu consentimento informado.</p> <p>E117 E da experiência dos EUA, onde nasce o consentimento informado, acho que varia consoante o grau de educação do doente.</p> <p>E109 Não sabem o que lhes vão fazer</p> <p>E109 e sobretudo nestas pequenas ou grandes organizações desorganizadas não sabem o que lhes vão fazer.</p> <p>E109 Não sabem a que é que vão ser operados e quando sabem, não sabem o que lhes fizeram.</p> <p>E109 Pergunta-se ao doente a que foi operado e a</p>		
--	---	--	--

		<p>resposta é não sei.</p> <p>E109 Foi operado ao estômago e o que lhe fizeram e responde não sei.</p> <p>E109 Podiam não saber os nomes técnicos, mas podiam saber o que lhes fizeram.</p> <p>E109 Não fazem a mais pequena ideia e não tem um relatório a maior parte deles.</p> <p>E118 O doente tem que ter a noção da doença, dos riscos que corre, dos benefícios que pode tirar</p> <p>E119 Quanto ao doente é bom, porque está mais informado ... hum ... daquilo que se vai sujeitar.</p> <p>E119 Das vantagens e riscos que pode ter.</p>		
♦ DECISÃO DO DOENTE	DO	<p>E112 desde que esteja consciente e colabore.</p> <p>E117 Haverá doentes em que será importante, noutros não!</p>	2	2

<p>♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DTE</p>	<p>E111 Os doentes queixam-se sobretudo não do tratamento que lhes são feitos,</p> <p>E111 mas sim da maneira como os médicos o tratam, da forma como os atendem.</p> <p>E111 Acusam da morte da mãe, porque não queriam que esta morresse.</p> <p>E111 Mas nunca têm bases técnicas.</p> <p>E111 Passa sobretudo pela relação médico/ doente,</p> <p>E111 que se estabelece da relação de confiança da parte do médico.</p> <p>E111 Este só por os ouvir é bom médico e às vezes é uma nódoa. É triste, mas é verdade!</p> <p>E120 Implica uma explicação,</p> <p>E120 um contacto ao longo do tratamento, para ter a participação do doente</p>	<p>18</p>	<p>3</p>
----------------------------------	---	-----------	----------

	<p>E120 De contrário é aí que vão surgir os problemas.</p> <p>E120 Porque da minha experiência profissional como director da urgência, é que os grandes problemas que existem são de natureza pessoal, de relações entre as pessoas.</p> <p>E120 É do contacto humano!</p> <p>E120 E não de erros técnicos,</p> <p>E120 mas sim no acompanhamento do doente até à alta.</p> <p>E120 Mantém-se uma informação que possa trazer a colaboração do doente para as opções a tomar.</p> <p>E120 Isto é que é importante neste contexto.</p> <p>E109 Assim compromete o doente a saber a sua doença,</p> <p>E109 o médico a explicar o que vai fazer.</p>		
--	--	--	--

♦ W EM EQUIPA	<p>E113 Mas tenho que dizer com toda a franqueza que depende com quem se trabalhe.</p> <p>E120 A a depende destes dois pontos que eu falei,</p>	2	2
---------------	---	---	---

CATEGORIA: QUEM APLICA O C.I

SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ MÉDICO	<p>E106 É basicamente o médico.</p> <p>É o primeiro responsável,</p> <p>E106 o primeiro responsável, o primeiro responsável</p> <p>E107 O cirurgião que vai operar deve ser ele o responsável.</p> <p>E111 O médico.</p> <p>E113 Bem acho que na nossa prática médica actual, acho que podia ser o médico que efectivamente</p> <p>E113 Embora quem esteja mais em contacto com o doente é a enfermeira, mas deve ser o médico.</p> <p>E115 O médico do doente</p>	45	13

	<p>E115 ou a equipa médica do doente.</p> <p>E116 Acho que sou eu!</p> <p>E117 O médico assistente do doente.</p> <p>E118 O médico.</p> <p>E120 O médico assistente do doente,</p> <p>E120 isto é muito importante!</p> <p>E120 Têm que ser o médico assistente</p> <p>E107 Eu, eu</p> <p>E107 A explicação deve ser dada por quem deve praticar os actos Para mim está claro!</p> <p>E110 A pessoa que melhor conhece o procedimento ,</p> <p>E110 por ex. o consentimento informado que é dado sobre a anestesia que vai ser realizada, só pode ser explicada pelo anestesista e não pelo cirurgião .</p> <p>E110 Deve partir da pessoa que souber explicar o</p>		
--	---	--	--

	<p>procedimento que vai ser aplicado,</p> <p>E112 Se estiver num consultório é o médico, se estiver a trabalhar sozinho.</p> <p>E114 Eu acho que a aplicação deve ser. Em gestos, em gestos que estão padronizados o médico ou os profissionais de saúde, em gestos que não estão padronizados na cirurgia.</p> <p>E114 O médico por ex. no cateter central.</p> <p>E114 Deve ser o profissional que executa o gesto a obter o consentimento informado.</p> <p>E116 Como a pessoa vai ser responsabilizada no fim, então que seja ela a pedir o consentimento informado.</p> <p>E116 E também deve ter o direito de fazer perguntas mais específicas ao interveniente, a quem executa o acto cirúrgico.</p> <p>E119 O profissional que vai realizar o procedimento,</p>		
--	---	--	--

	<p>eventualmente se o texto for explicito ...</p> <p>E113 Para mim terá que ser o director de serviço.</p> <p>E112 É discutível.</p> <p>E116 Quem vai proceder ao acto?</p> <p>E117 Quem?</p> <p>E 120 Dou-lhes um ex. eu tinha um doente que recorreu à urgência com icterícia obstrutiva, o doente era estrangeiro, do Brasil e despoletou-se o seguro.</p> <p>Bom, telefona-me o médico da companhia de seguros a dizer-me porque é que eu não fazia isto ou aquilo.</p> <p>Bom, passei-me e disse-lhe que não tinha idade, nem currículo para fazer medicina tutelar.</p> <p>Tive que pôr o problema ao doente e à família propus-lhe uma CPRE e em conjunto tomei, tomamos a decisão.</p> <p>Mas fui eu e não o idiota do colega dos seguros</p>		
--	---	--	--

	<p>E111 De uma forma honesta baseando-se na sua honestidade profissional.</p> <p>E111 Tive X sucessos e Y complicações.</p> <p>E111 e na honestidade que este tem que ter</p> <p>E111 e esta honestidade não existe</p> <p>E111 e quase nunca anteriormente existiu.</p> <p>E111 O consentimento informado tem que ser o mais do que uma estatística,</p> <p>E111 é uma realidade profissional, de experiência profissional do médico</p> <p>E111 até hoje só conheci um médico que dizia, olhe eu tive estas complicações em 100 doentes, ou eu não tenho experiência nessa cirurgia. Esse indivíduo até já morreu. É assim.</p> <p>E107 Para mim a relação médico/ doente e estou a falar</p>		
--	---	--	--

	<p>como cirurgião</p> <p>E111 Passa pela relação médico/ doente</p> <p>E111 e na sua confiança que o doente deposita neste</p> <p>E120 Quem tem que assumir o consentimento informado, fui eu e o doente e a família que eram pessoas esclarecidas.</p> <p>E120 Portanto o médico, o doente e a família.</p> <p>E120 com condições de dialogo com o doente, perfeitamente em ambiente privado.</p> <p>E120 É muito pessoal.</p> <p>E109 Acho que devem ser as partes interessadas, o médico e o doente.</p> <p>E111 não há uma participação do doente no tratamento.</p> <p>E111 Este não pode discutir com o médico daquilo que não percebe.</p> <p>E111 O médico é que decide e pronto!</p>		
--	---	--	--

	<p>E111 Ou aceita ou não aceita.</p> <p>E111 Esta participação do doente na decisão é mentira, não pode , nem deve existir, é assim</p>		
♦ ENFERMAGEM	<p>E106 Em certas circunstâncias a enfermagem pode, depende isso depende de que gesto estamos a falar, de que circunstâncias estamos a falar.</p> <p>E106 Por ex. num gesto endoscopico se o pessoal de enfermagem, formado, bem formado da área da endoscopia, terá capacidade de fazer, de fazer parte.</p> <p>E106 Mas na linha prática, da minha esfera de actuação é a única área que eu aceito.</p> <p>E107 Nalgumas circunstancias pode ser até a enfermeira que toma conta do doente, desde que seja este o funcionamento.</p> <p>E120 Isto porque eu embirro quando estão os enfermeiros</p>	9	4

	<p>especados a ouvir a conversa que estamos a ter com os meus doentes.</p> <p>E120 O enfermeiro está para colaborar, não para isto!</p> <p>E120 Isto vem da sensibilidade do enfermeiro.</p> <p>E120 Se estes vem da escola mais velha é melhor.</p> <p>E112 Numa unidade pode ser por ex. perfeitamente a enfermeira.</p>		
♦ INFORMAÇÃO	<p>E110 O doente deve perceber até á exaustão o que lhe vão fazer e só depois é que poderá dar o seu consentimento informado,</p> <p>E111 E mais o médico explica ao doente o que vai ser feito,</p> <p>E110 dependendo do seu nível cultural.</p>	3	2
♦ W EM EQUIPA	<p>E107 A obtenção do consentimento informado pode ser alguém da equipa, não é obrigatório que seja ele.</p> <p>E107 Já estive em hospitais que funcionava assim.</p>	7	4

	<p>E107 Até há hospitais em que tem que ser o médico e a enfermeira para obtenção desse consentimento informado.</p> <p>E112 pode ser toda a equipa que ali trabalha.</p> <p>E112 Numas situações pode ser o médico, noutras a enfermeira.</p> <p>E119 A técnica, os efeitos secundários, a estatística da eficácia ou não, pode ser outro profissional de saúde, desde que saiba explicar de forma adequada.</p> <p>E114 O médico ou outro profissional de saúde.</p>		
♦ INSTITUIÇÃO	E108 Acho que será a instituição onde o acto clínico vai ser realizado, feito.	1	1
♦ DECISÃO DO DOENTE	E110 e escolher em consciência a cirurgia, o cirurgião.	1	1

CATEGORIA: DIFICULDADES DA EQUIPA MÉDICA

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ RELAÇÃO MÉDICO/DTE	<p>E106 Para já muita gente e tendo em conta o contexto social e cultural onde está inserido, basta dizer que tem uma doença que carece de cirurgia, o doente entendeu que vai ser operado.</p> <p>E106 É obvio que o contexto sócio cultural é, é</p> <p>E106 Nesta matéria fundamental.</p> <p>E108 Muitas vezes a ignorância do doente nos aspectos médicos.</p> <p>E109 A pouca informação e formação que os doentes tem.</p> <p>E109 Muitas vezes a pouca outras vezes a excessiva.</p>	154	15

	<p>E109 Esta coisa da Internet traz complicações e pontos negativos.</p> <p>E109 Às vezes sabem muita coisa, lêem muito e depois ficam baralhados porque se fez aquilo e não isto, não pode ser!</p> <p>E109 O médico não fez aquele acto que ele viu na Internet, porque não é a pratica ou não pode ou não deve ser feito.</p> <p>E113 quando digo o estrato social é o grau intelectual do doente.</p> <p>E113 Para já o nível cultural,</p> <p>E113 do tipo social que não aceitam.</p> <p>E113 A primeira é, é um pouco feio, mas é o estrato social do doente,</p> <p>E117 Basicamente aquelas que disse à pouco, o grau de educação do doente.</p> <p>E118 A cultura do doente, fundamentalmente.</p>		
--	--	--	--

	<p>E118 A cultura da população, porque muitas vezes, quando se pede o consentimento informado para uma colonoscopia, eles pensam que correm logo riscos e por isso é que se lhes estão a pedir que assinem.</p> <p>E118 Acham que o médico é que tem que saber tudo.</p> <p>E118 Acho que é cultural.</p> <p>E119 O baixo nível cultural da nossa população</p> <p>E119 que leva que as pessoas não compreendam o texto,</p> <p>E119 ou a explicação que às vezes pode ser complicada.</p> <p>E109 A pouca informação e formação</p> <p>E106 A primeira dificuldade é a compreensão das coisas.</p> <p>E110 o outro o tipo de interlocutor que temos á nossa frente</p> <p>E110 e que há uma grande variabilidade.</p> <p>E110 Em terceiro lugar a falta de preparação da nossa população contrariamente ás outras sociedades.</p>		
--	--	--	--

	<p>E110 Como por ex. a sociedade americana, para aceitar a explicação de tudo o que lhe vai ser feito.</p> <p>E110 E muitas vezes a capacidade de poder saber que tem um tumor e que a probabilidade com este tumor é X, e a de sobreviver é Y a nossa população não está preparada para tal.</p> <p>E112 Esclarecimento do doente ou falta de esclarecimento do doente.</p> <p>E113 os casos psicóticos,</p> <p>E113 do tipo de patologia,</p> <p>E110 Se o doente não tiver um grau de entendimento daquilo que lhe estão a explicar.</p> <p>E113 tem que se explicar muito devagarinho, de forma muito mastigada, o que se pretende.</p> <p>E113 Eu acho que os doentes hoje estão mais agressivos que antigamente.</p>		
--	--	--	--

	<p>E113 Há doentes muito difíceis,</p> <p>E113 Porque como se sabe há doentes que aceitam mal determinado tipo de doença.</p> <p>E106 Às vezes há alguma dificuldade quando propomos a um doente para ser operado e o doente tem um doença maligna e, e para já nós não devemos faltar à verdade,</p> <p>E106 mas também não há necessidade de uma forma fria, seca e bruta.</p> <p>E120 As dificuldades podem estar do lado de quem informa e do lado de quem consente .Da parte que nos toca o médico</p> <p>E120 Há três hipóteses que são ou há a Americana em que se diz tudo à bruta ou a maneira de maior prudência limitar as coisas informando.</p> <p>E120 E uma terceira que se dá a informação à medida da pessoa de modo a que se permita,</p>		
--	---	--	--

	<p>E120 a que o doente tenha uma ideia mais aproximada do real,</p> <p>E120 com uma abordagem dos meios técnicos daquilo que se passa, para não defraudar o que vem a seguir.</p> <p>E120 Até porque a informação excessivamente técnica, não leva a nada, confunde.</p> <p>E120 E porque até o doente pode ter a sensação que o estão a enganar.</p> <p>E120 Como é um processo contínuo, implica este consentimento informado com um acompanhamento,</p> <p>E120 que vão surgir dúvidas, perguntas que na altura o doente não levantou.</p> <p>E120 Porque não tinha o espírito tranquilo para o fazer</p> <p>E111 Os médicos não informam.</p> <p>E111 Os médicos enganam e não são honestos para com os</p>		
--	---	--	--

	<p>doentes.</p> <p>E111 Não falam da sua taxa de insucessos, escondem do doente e dos colegas.</p> <p>E109 Por isso deve ser entre as duas partes interessadas, o médico e o doente.</p> <p>E110 Tem que haver uma boa relação entre o interlocutor e o doente, senão não vai haver uma boa informação.</p> <p>E111 Isto tudo passa por uma relação médico doente baseada na honestidade do médico</p> <p>E120 Afinal têm que perceber a situação que vai surgir com uma, com termos, uma abordagem que lhe permita perceber</p> <p>E106 Toca-se a música à vontade do dono.</p> <p>E106 Da minha experiência, as pessoas não querem,</p> <p>E106 não fazem muitas questões,</p> <p>E106 Os doentes não fazem muitas questões,</p>		
--	--	--	--

	<p>E106 a grande maioria aceita, não faz perguntas.</p> <p>E106 Mas quando a gente sente que o doente põe questões com sensatez, nós temos que a pouco e pouco ir explicando o que se passa.</p> <p>E106 E só se chega a esse extremo, se as pessoas estiverem a fazer perguntas muito objectivas.</p> <p>E106 E ás vezes há a necessidade de dizer de uma forma clara,</p> <p>E106 o que irá acontecer e como as coisas vão acontecer e as que não tem solução nenhuma.</p> <p>E111 Pode parecer mal o que lhe vou dizer, mas é assim!</p> <p>Depende do tipo de doente que nós temos á nossa frente.</p> <p>E111 Se é ou não importante,</p> <p>E111 se tem grandes encargos sobre ele.</p> <p>E111 Ele tem que ter tempo para resolver os negócios,</p>		
--	--	--	--

	<p>resolver a sua vida, a sua família.</p> <p>E111 Depende da relação médico/ doente,</p> <p>E111 mas sobretudo do tipo de doente que temos á nossa frente.</p> <p>E111 E temos que ser honestos para com os doentes que tem encargos, isso sim!</p> <p>E112 Depende do tipo de doente.</p> <p>E112 Depende do tipo de doente, há aquele que não querem saber</p> <p>E112 Por outro lado, há efectivamente outros doentes que vivem sozinhos,</p> <p>E112 outros que tem uma responsabilidade social, que tem que saber o que tem. E são estes os que normalmente perguntam.</p> <p>E114 Há doentes que não querem saber de mais nada.</p>		
--	--	--	--

	<p>E114 E há doentes que fazem perguntas até à exaustão.</p> <p>E116 tendo em conta a personalidade do doente e ir tão longe quanto o doente quiser.</p> <p>E120 É muito difícil isto, é aquela terceira posição intermédia de caso a acaso, para preparar mais tarde.</p> <p>E120 Não esquecendo a esperança.</p> <p>E107 Sem ser.</p> <p>Sem ser demasiado cruel,</p> <p>E108 Dou normalmente.</p> <p>E110 Sem lhes criar.</p> <p>E110 Sem lhes dizer que a situação é, é sem solução.</p> <p>E110 Nunca direi a um doente o Sr vai morrer.</p> <p>E110 Tento-lhes explicar as possibilidades que o doente tem se ser menos grave.</p> <p>E111 Eu nunca tiro a esperança,</p>		
--	---	--	--

	<p>E111 digo a verdade de forma a não retirar a esperança.</p> <p>E111 Mas olhe nunca digo o Sr só tem dois dias de vida, digo-lhe olhe pode ter complicações grandes na ordem dos 90%, e pode morrer,</p> <p>E111 é dito de uma forma mais ou menos, se é que é possível.</p> <p>E111 Noutros casos engana-se o doente,</p> <p>E111 eles querem ser enganados e nós entramos nesse jogo,</p> <p>E111 num jogo de esconde/ esconde.</p> <p>É mau, mas é assim!</p> <p>É assim!</p> <p>E114 Eu quando tenho um doente com um diagnóstico grave a primeira informação que dou é vaga, ligeira.</p> <p>E114 Quando tem um neo do pulmão, não digo que tem um cancro, digo que tem um problema grave no pulmão e que vai ser tomadas medidas terapêuticas.</p>		
--	--	--	--

	<p>E114 E depois deixo que o doente tome a iniciativa para fazer perguntas.</p> <p>E115 Eu nunca</p> <p>Eu ao doente nunca lhe dou a nua e crua informação,</p> <p>E115 Ao doente mostro-lhe sempre uma luz ao fundo do túnel, dou-lhe esperança.</p> <p>E116 Tento dar a dimensão sem drama da situação.</p> <p>E116 Eu acho que devo informar com cuidado,</p> <p>E117 A tradição dos países latinos e em Portugal está</p> <p>E120 A informação deve ser o mais próximo da realidade,</p> <p>E120 numa perspectiva positiva,</p> <p>E112 É bom que a gente tenha um diagnóstico grave a um doente que a gente já o conhece bem.</p> <p>E112 Isso é o ideal, não é?</p> <p>E112 Se a gente conhece o doente,</p>		
--	--	--	--

	<p>E112 a gente sabe o que o doente quer saber.</p> <p>E116 Porque para já tenho medo de não ter a colaboração deles quer no tratamento quer na cirurgia.</p> <p>E116 É importante a dissecação do problema para a aceitarem o número de tratamentos e de consultas.</p> <p>E116 Para isso é importante eu dar-lhe toda a informação, porque se não lhes der por via da Internet eles vão saber.</p> <p>E116 E perdem a confiança em mim e não vem mais</p> <p>E120 para ganhar a colaboração e bom estado de espírito a seguir.</p> <p>E120 São os dois parâmetros que condicionam caso a caso.</p> <p>E120 O que é uma coisa que é real ter a colaboração do doente, vontade de ultrapassar o obstáculo e ter esperança no resultado.</p>		
--	---	--	--

	<p>E120 Sem criar falsas expectativas.</p> <p>E106 Quer dizer não faz sentido e é desumano e nos tempos que são dados para a consulta, dizer em 5 minutos que o doente têm o tumor maligno.</p> <p>E106 O Sr. vai morrer isto não tem cura nenhuma. Isto não é algo que se possa dizer em 10 minutos de consulta.</p> <p>E106 Mas exige muito mais tempo, consumo, contacto, é mais</p> <p>E106 Tem que se dizer com alguma calma, com tranquilidade, exige tempo,</p> <p>E106 tempo.</p> <p>E107 dou toda a informação,</p> <p>E107 a informação praticamente toda.</p> <p>E107 Mesmo tratando-se de neoplasias, eu tento explicar o que se passa.</p>		
--	---	--	--

	<p>E108 Nos outros normalmente digo a verdade.</p> <p>E108 Naqueles doentes que têm dificuldades</p> <p>E111 Eu lembro-me de um doente que tinha um neo do estômago com metastases hepáticas. Mas não lhe foi dito totalmente a verdade. Quando falei abertamente e lhe respondi às suas perguntas, conseguiu pela primeira vez dormir.</p> <p>Até me dizia olhe já tenho mais um nódulo, mas estou descansado, já estou descansado. E morreu em paz.</p> <p>E113 Vou-lhe dizer a minha opinião pessoal, eu acho sinceramente que os doentes embora digam sim, não gostam de saber o que têm.</p> <p>E113 Isto quando os prognósticos são muito fechados.</p> <p>E113 Acho que sim, mas não querem saber.</p> <p>E113 Ninguém aceita isto, embora muita gente diga que sim.</p>		
--	---	--	--

	<p>E113 Eu acho que ninguém gosta de chegar a um doente e dizer-lhe: olhe você tem uma neoplasia e vai morrer daqui a um mês.</p>		
♦ COMPLICADO	<p>E113 E muitas vezes as enfermeiras porque estão mais em contacto com o doente eles reagem mal.</p> <p>E106 O gesto cirúrgico, só o risco, o que está ali em jogo é o risco cirúrgico ... hum ... não é a doença por si. Porque é só mais tarde que dá a regressão</p> <p>E112 E o facto de não ser muito habitual,</p> <p>E112 Muitas vezes se transforme quando há este consentimento informado, um doente fica com alguns temores.</p> <p>E112 Por isso mesmo por não ser habitual.</p> <p>E por outro lado a falta de hábito de haver o consentimento informado,</p>	20	14

	<p>E119 leva as pessoas a assustarem-se</p> <p>E119 e acharem se nos pedem para assinar isto pode ser mau.</p> <p>E então não quero sujeitar-me à cirurgia.</p> <p>E114 A dificuldade que eu encontro é o ...</p> <p>O doente achar que nos estamos a dividir a responsabilidade com eles, é isso!</p> <p>E114 Achar que como estamos a dividir a responsabilidade com ele, reage mal.</p> <p>E114 É esse de facto.</p> <p>E118 E quando pedem o consentimento informado é porque o médico tem dúvidas e não sabe o que vai fazer.</p> <p>E116 Tenho tido algumas dificuldades na investigação em que tenho que retirar liquor por ex. e não há vantagem para o doente..</p> <p>E106 No consentimento informado tem um termo aqui e</p>		
--	---	--	--

	<p>agora e vai ser operado.</p> <p>E120 Este é um processo que ultrapassa uma mera formalidade, legais.</p> <p>E108 E sobre a urgência ou não de os fazer, são estas as principais dificuldades.</p> <p>E109 É complicado!</p> <p>E110 perante as actuais disponibilidades, rentabilização, contabilização, perante um procedimento que não é rentável.</p> <p>E110 Numa sociedade em que todos os procedimentos e tempo contam muito em dinheiro</p> <p>E110Eu acho que há dois problemas. Um a nossa disponibilidade de tempo,</p> <p>incluído não ser perfeitamente claro e científico.</p> <p>E117 Que seja sugestiva mas não alarmante.</p> <p>E117 Nos países anglo- saxonicos onde a tradição, a tradição</p>		
--	--	--	--

	<p>é mais normal, dar uma informação clara, precisa e fria.</p> <p>E117 Entre nós, não é norma.</p> <p>E117 Dá-se uma informação suficiente, mas não aguçada.</p> <p>E118 Digo o diagnóstico sem tirar a esperança.</p> <p>E119 Digo-lhes que não é uma situação linear, que implica cuidados,</p> <p>E119 não vou ao pormenor do diagnóstico ou prognóstico ou das consequências.</p>		
♦ INFORMAÇÃO	<p>E106 Se o doente ficar satisfeito não precisamos de explicar tudo. Não podemos faltar à verdade, no sentido que é uma coisa sem importância nenhuma,</p> <p>E106 mas talvez para muitos doentes.</p> <p>E106 Se eles não fazem mais questões, deixar somente subjacente a ideia que é necessário intervenção por uma razão</p>	31	7

	<p>que, por uma doença que existe naquele órgão, cuja terapêutica é cirúrgica.</p> <p>E106 Se ele fica satisfeito com esta explicação , com o gesto.</p> <p>E106 Depois temos que explicar o gesto, a cirurgia, implica uma anestesia, a recessão de um órgão, de todos os riscos, etc., etc.</p> <p>E106 e depois podemos explicar os riscos da própria intervenção cirúrgica e escusa de falar da doença em si.</p> <p>E106 Da forma mais clara possível, há medida que for necessário</p> <p>E109 O médico sabe o que vai fazer e o doente se tem dúvidas esclarece.</p> <p>E110 Exactamente arranjar estratégias para explicar ao doente,</p> <p>E110 Explicar ao doente, mas mais do que isso, o risco de</p>		
--	--	--	--

	<p>omitir as coisas.</p> <p>E110 Por isso tem que se arranjar formas para explicar de forma adequada ao nível do doente.</p> <p>E111 Os doentes por muito bem informados que estejam não percebem.</p> <p>E115 O consentimento informado se for como lhe disse consentimento informado bem explicado e pedindo apoio à família, não há problemas.</p> <p>E115 Caso contrario pode assustar o doente.</p> <p>E115 O doente pode achar a situação perigosa, se não for bem explicado, pode ficar receoso, ansioso e ver riscos que na realidade não existem.</p> <p>E120 Eu divido em duas partes: a informação e o consentimento.</p> <p>E106 Normalmente fico muito</p>		
--	---	--	--

	<p>E106 Fico muito</p> <p>E111 Que tipo de importância tem essa informação para o doente?</p> <p>E120 Que tipo de informação?</p> <p>E106 Isto é um problema complexo, porque exige muito.</p> <p>E106 quem faz mais questões é a família.</p> <p>E109 Primeiro falo com a família por norma,</p> <p>E109 se tem família, para saber do ponto de vista pessoal como a pessoa reage.</p> <p>E109 estas doenças mais quem tem que os aturar é a família.</p> <p>E109 Eu costumo falar com a família para avaliar o enquadramento dele e depois tem que se dizer a ele.</p> <p>E111 Temos que sobretudo informar a família, esta deve saber de tudo,</p> <p>E111 a verdade do que se está a passar, essa sim!</p>		
--	--	--	--

	<p>E111 Podemos escolher um familiar e a esse informar de tudo.</p> <p>E113 e falar com a família.</p> <p>E115 dou sim à família.</p>		
♦ NÃO EXISTEM DIFICULDADES	<p>E107 Nenhumas.</p> <p>E107 Já ultrapassei as barreiras do hábito de não fazer isso.</p> <p>E115 Não tenho encontrado muitas.</p> <p>E116 Eu pessoalmente não tenho tido grandes dificuldades nisso.</p> <p>E116 De resto não tenho de maneira nenhuma dificuldades.</p>	5	3
♦ DECISÃO DO DTE	<p>E106 A não ser que nós sentimos que o doente recusa.</p> <p>E106 a recusa implica que o doente esteja perfeitamente consciente daquilo que vai ser feito.</p> <p>E106 Se o doente se recusar nós devemos prolongar a explicação até ao máximo possível, porque sabemos que ele</p>	10	4

	<p>em que ser operado, tem que, que ser operado.</p> <p>E106 raramente acontece porque se não for operado daqui a uns tempos nem precisa de ser operado.</p> <p>E106 Isto pode chegar a esse momento, mas é raro que isto chegue, mas às vezes chega.</p> <p>E106 O doente não aceitar.</p> <p>E106 Uma recusa, quando sentimos que não fomos perfeitamente explícitos, não explicamos bem.</p> <p>E109 Não têm estofo para aguentar aquilo</p> <p>E112 E há outros que felizmente ou infelizmente negam até ao final da vida o diagnóstico.</p> <p>E110 Dou-lhes a informação que lhes permita decidir sobre a técnica.</p>		
--	--	--	--

CATEGORIA: O C.I PODE CONTRIBUIR PARA A HUMANIZAÇÃO E QUALIDADE DA PRÁTICA CLÍNICA

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
♦ EXISTÊNCIA DE RELAÇÃO	<p>E106 É, acho que sim, quer dizer</p> <p>E106 Há uma relação clara entre a qualidade e o consentimento informado.</p> <p>E106 Isso é indiscutível.</p> <p>E107 Relação directa,</p> <p>E108 Acho que sim.</p> <p>E109 Eu acho que traz melhoria da qualidade na assistência.</p> <p>E110 Acho,</p> <p>E110 Um dos parâmetros de qualidade é o consentimento informado ao doente.</p>	44	12

	<p>E112 O consentimento informado melhora a qualidade quer da prática quer do serviço.</p> <p>E113 Acho,</p> <p>E113 acho.</p> <p>E116 Melhora a qualidade claramente.</p> <p>E119 Sim.</p> <p>E120 Tem.</p> <p>E120 Tem relação, por isto.</p> <p>E106 Em certas circunstancias pode ... hum ... em certas circunstancias estamos mais complexos e, e o consentimento informado não é mais que uma extensão da prática médica.</p> <p>E113 Quanto melhor for a prática clínica, melhor será o consentimento informado.</p> <p>E107 Há situações graves, agudas em que o</p>		
--	--	--	--

	<p>consentimento informado não é obtido.</p> <p>E117 O consentimento informado versus qualidade, um coisa não passa pela outra.</p> <p>E114 Mas o consentimento informado é visto pela grande parte como protecção legal para o médico, que executa o exame, aí tem um papel menor na qualidade.</p> <p>E116 Eu penso que a nossa perspectiva em relação ao consentimento informado é mais protecção, do que propriamente a maior qualidade.</p> <p>E116 Enfim é tão protectivo para os dois lados</p> <p>E117 Têm-se a noção que o consentimento informado é uma, uma ideia nova.</p> <p>E117 É nova no sentido de ser expressa,</p> <p>E117 de ter alguma importância médico – legal, mas sempre existiu.</p>		
--	---	--	--

	<p>E117 Desde que a relação médico/ doente existe, existem informações do que se fazia.</p> <p>E117 Nunca houve uma aceitação cega.</p> <p>E106 Porque muito antes de haver, de surgir esta, esta, hum ... necessidade</p> <p>E106 Isto no fundo era, era os primórdios do consentimento informado, que, que surge muito depois muito mais tarde e agora é norma.</p> <p>E106 Claro,</p> <p>E106 claro.</p> <p>E108 Acho que sim.</p> <p>E109 Sim, porque vamos lá ver.</p> <p>E109 Eu acho que é assim.</p> <p>E109 Eu acho que é assim,</p>		
--	---	--	--

	<p>E110 Completamente.</p> <p>E112 sim!</p> <p>E113 Acho,</p> <p>E113 acho.</p> <p>E113 Em tudo!</p> <p>E113 O consentimento informado é melhor para o doente.</p> <p>E116 portanto acho que sim.</p> <p>E117 Acho que sim.</p> <p>E118 Acho que sim.</p> <p>E118 Claro que sim.</p> <p>E109 o consentimento informado a nível específico técnico é essencial na boa e humana qualidade clínica</p> <p>E110 Humanização</p> <p>E120 Humanização da prática clínica é outra questão.</p>		
--	---	--	--

	<p>E120 É uma questão que se prende com a qualidade</p> <p>E120 É evidente um dos factores importantes quando se fala da humanização, fala-se do falhanço, porque não se tinha que falar desta, se não estivesse lá!</p> <p>E120 É porque se falhou.</p> <p>E120 E porque a pratica clínica não está humanizada.</p> <p>E120 Isto também é desumanizar a medicina.</p> <p>E120 Eu ganhei o prémio Azevedos da humanização da medicina.</p> <p>E120 Quando entre o médico e o doente, interferem terceiros, há desumanização,</p> <p>E120 Portanto a humanização é isto tudo!</p> <p>E110 e personalização</p> <p>E118 Mas não faz sentido só haver humanização com o consentimento informado, mas sim em tudo.</p>		
--	--	--	--

	<p>E113 Por isso o consentimento informado é muito mais.</p> <p>E107 Não quer dizer que os cuidados são mais humanos por se ter obtido o papel ou não.</p> <p>E107 Agora acho quando há essa preocupação hum ... e não é só a assinatura do papel</p> <p>E116 Mas veja eu tenho dois anos de prática em Inglaterra, em que não se espetava uma agulha sem pedir o consentimento informado, sem um papel assinado e portanto estou um pouco mais deformada nesse sentido</p> <p>E116 Responsabiliza mais o médico</p>		
♦ NÃO CONTRIBUI	<p>E111 Não,</p> <p>E112 não obrigatoriamente.</p> <p>E112 Um critério de qualidade num serviço não pode</p>	22	11

	<p>ser a prática do consentimento informado, é muito mais abrangente.</p> <p>E115 Não</p> <p>E115 porque a qualidade na prática clínica não tem a ver necessariamente com o consentimento informado.</p> <p>E115 Há muita qualidade na pratica clínica que não necessita de forma alguma do consentimento informado do doente.</p> <p>E117 Não</p> <p>E117 acho que não.</p> <p>E118 Não necessariamente.</p> <p>E118 Porque não acho que exista relação,</p> <p>E118 pode haver qualidade clínica sem consentimento informado.</p> <p>E109 Cada um faz o que quer teoricamente.</p>		
--	--	--	--

	<p>E120 até o estado é um factor de desumanização, que põe em causa o acto médico.</p> <p>E111 Não.</p> <p>E112 Se for entregar o papel e responda a isso ou assine aqui, é evidente que não contribui.</p> <p>E114 Acho que não.</p> <p>E114 Não contribui porque os doentes Porque há uma grande parte dos doentes.</p> <p>E114 Em termos de humanização não contribui,</p> <p>E119 Não obrigatoriamente.</p> <p>E107 Quer dizer.</p> <p>E108 Isso é um bocadinho</p> <p>E115 Não sei se pode contribuir,</p> <p>E115 O consentimento informado é uma moeda de duas faces.</p>		
--	--	--	--

<p>♦ RELAÇÃO</p> <p>MÉDICO/ DTE</p>	<p>E106 A medicina não é apenas o exercício de qualquer gesto técnico,</p> <p>E106 de um diagnóstico brilhante, de uma terapêutica adequada médica ou cirúrgica.</p> <p>E106 De uma utilização de uma técnica mais ou menos sofisticada, mais ou menos habilidosa.</p> <p>E106 È uma relação entre duas pessoas,</p> <p>E106 uma relação pessoal</p> <p>E106 e que tem sempre uma dimensão própria</p> <p>E106 e portanto a pessoa como ser humano tem, deve ter o nosso respeito</p> <p>E106 Mas mais na minha geração muito rapidamente, no principio sentimos a necessidade de explicar às pessoas</p> <p>E106 e considerá-las como pessoa e não apenas como</p>	94	14
-------------------------------------	---	----	----

	<p>doentes, que procuravam uma solução terapêutica.</p> <p>E106 há a necessidade de explicar, dizer dos riscos e benefícios.</p> <p>E108 Tem que haver uma harmonia entre quem executa o acto cirúrgico, o acto terapêutico sobre o qual vai ser exercido.</p> <p>E109 Eu acho, que para haver informação traz uma melhoria na qualidade, na relação entre o médico e o doente.</p> <p>E110 É preciso explicar, tem a ver com a relação médico/ doente.</p> <p>E114 Acho que há uma relação pequena,</p> <p>E114 acho que o consentimento informado tem alguma relação com a qualidade, na medida que o doente é tratado de uma forma personalizada.</p>		
--	--	--	--

	<p>E119 Precisamente pelo facto do doente quando se sujeita a determinados procedimentos, vem mais tranquilo.</p> <p>E119 Para o médico também têm outra tranquilidade, porque está a lidar com alguém que já tem conhecimento do contexto em que se vai desenrolar.</p> <p>E120 Com o factor técnico e de relacionamento.</p> <p>E120 O factor de relacionamento liga-se com o consentimento informado, é pressuposto o continuum consentimento informado.</p> <p>E106 Quando a gente, olha para as pessoas como pessoas que estão doentes</p> <p>e não precisam disto ou daquilo</p> <p>E106 Lembro-me que nos primórdios quando comecei, o médico era uma pessoa autoritária e que</p>		
--	---	--	--

	<p>dizia faça assim, faça assado e pouco mais explicava</p> <p>E111 se o doente tem confiança no médico, nem vai falar no consentimento informado, diz faça como melhor entender.</p> <p>E110 por ex. uma cirurgia a um aneurisma da aorta num homem de 50 anos tem o risco de 1 a 3% de impotência. Eu acho que um homem de 50 anos deve saber que tem a possibilidade de ficar impotente de 1 a 3% e tem o direito a optar.</p> <p>E110 Mas isto implica tempo nesta relação médico/doente.</p> <p>E110 Na actual sociedade e com as actuais pressões económicas, não há tempo a, há uma despersonalização.</p> <p>E110 O doente muitas vezes é visto por um médico e</p>		
--	---	--	--

	<p>tratado por outro.</p> <p>E110 Há uma despersonalização, porque há falta de tempo para o doente poder aceitar em consciência e com tranquilidade e calma.</p> <p>E106 Somente aqui não concordo nada e já o disse antes com a ideia que o doente partilhe,</p> <p>E106 o doente não partilha nada!</p> <p>E106 É informado da decisão,</p> <p>E106 tenta compreender a decisão,</p> <p>E106 tem que aceitar a decisão,</p> <p>E106 tem que assumir a decisão de forma compreensível consentimento informado.</p> <p>E106 Mas a decisão é médica,</p> <p>E106 não há cá uma escolha, entre, entre, entre, entre várias opções.</p>		
--	--	--	--

	<p>E106 Às vezes acontece, mas somos nós que, que deve ser suficientemente médico para depois optar.</p> <p>E106 Mais diversas para determinados problemas algumas das quais são mais violentas do que outras e nós podemos ver uma solução e podemos explicar isto poderia ser assim mas no seu estado, isto seja suficiente.</p> <p>E106 Mas somos nós que decidimos, explicando claramente as coisas, é mais fácil.</p> <p>E106 Deixando ... hum ... olhe há outra hipótese, mas por isto por aquilo não é adequado.</p> <p>E106 Também com esta conversa o doente podemos fazer, mudar um pouco a nossa decisão.</p> <p>E106 Mas é muito excepcional</p>		
--	--	--	--

	<p>E106 Mas é muito excepcional!</p> <p>E120 E o médico é um instrumento da decisão do doente, família, estado e seguradoras.</p> <p>E106 No sentido de evolver o doente.</p> <p>E114 Há outros doentes que pesquisam na net e querem saber tudo, para esses é difícil explicar.</p> <p>E114 Ao serem discutidos com ele, detalhados com eles, ficam desconfiados.</p> <p>E114 Mas a grande maioria fica desconfiada.</p> <p>E115 depende da forma como é exposto ao doente a informação.</p> <p>E116 e esclarece mais o doente,</p> <p>E106 Eu lembro-me de pessoas com muita idade, com um tumor neoplasico do recto em que nós sabemos que as condições são más e que o doente dependente</p>		
--	--	--	--

	<p>não têm condições para uma abdomino perineal, para uma colostomia e com a radioterapia controlamos a doença. E não tem a violência da cirurgia, da colostomia, em o risco excessivo que aquilo representa, é uma opção que devemos escolher e sugerir.</p> <p>E106 O, o, o consentimento informado a humanização do consentimento informado é no fundo, é um conjunto de questões que se</p> <p>levantam com o consentimento informado</p> <p>E106 o que se põe é que passamos de tratar de um doente para tratar de uma pessoa.</p> <p>E106 devemos chamar á atenção que vai passar por isto, isto e isto, vão ter não sei o quê, mas vai ganhar aquele benefício ou minimizar aquele sintoma ou</p>		
--	--	--	--

	<p>aquele ou outro.</p> <p>E106 Quando só podemos minimizar sintomas isto aproxima-nos mais dos doentes.</p> <p>E107 O consentimento informado em si pode não contribuir</p> <p>E107 Mas quando há a preocupação numa unidade de saúde que isso aconteça numa</p> <p>relação médico/doente, significa que há uma grande humanização nos cuidados.</p> <p>E107 isso significa que as pessoas estão preocupadas com a humanização dos cuidados.</p> <p>E108 Pelo menos contribui no aspecto em que há uma relação de verdade entre o médico e o doente</p> <p>E109 Cada médico toma determinadas atitudes em função daquele doente</p>		
--	--	--	--

	<p>E109 Mas por norma quando o médico propõe, já pensou nele,</p> <p>E109 não é porque o doente pensou noutra coisa que o médico o irá fazer.</p> <p>E109 e portanto se houver alguma reacção que queria fazer perguntas, pode obrigar o médico a repensar a situação,</p> <p>E109 coisas interventivas, portanto pode repensar.</p> <p>E111 Porque é muito dependente da relação médico/doente.</p> <p>E113 Se houver na prática, a conversa, a informação, o apoio é mais fácil.</p> <p>E113 Muitas vezes o doente diz não vejo o médico há um mês e ele viu-o á uma semana.</p> <p>E113 O doente sente-se isolado, por isso no sentido de</p>		
--	--	--	--

	<p>falar com as pessoas, com está, como se sentem.</p> <p>E117 Torna a relação mais humana entre o médico e o doente,</p> <p>E118 Há muitos médicos que não falam com os doentes porque é a despachar e</p> <p>E117 mais intima,</p> <p>E117 mais ventilada</p> <p>E117 e isso torna o acto mais humano e menos técnico.</p> <p>E117 Actualmente é que muitos doentes não têm qualquer relação pessoal com o médico, nem em relação à sua própria doença.</p> <p>E117 E isso é grave,</p> <p>117é grave!</p> <p>E118 Porque quando se fala do</p>		
--	---	--	--

	<p>consentimento informado, já obriga a um dialogo entre o doente e o médico.</p> <p>consentimento informado poderá ajudar,</p> <p>E118 depende também de quem aplica o consentimento informado.</p> <p>E119 Pode até de alguma forma tornar-se desumano em determinadas situações.</p> <p>E119 Porque como eu lhe digo há situações hum ... para salvaguardar o médico, deve pondera-se sempre muito, deve-se directo e linear no que se diz.</p> <p>E119 E isto pode ser desumano ou cruel para o doente.</p> <p>E119 Por um lado há a vantagem do doente estar informado.</p> <p>E119 A desvantagem é quando se fala friamente e a pessoa não está preparada para a quimioterapia por ex.</p>		
--	---	--	--

	<p>E119 Uma coisa é o doente saber que vai ser operado e é para ficar melhor.</p> <p>E119 Outra coisa é dizer como se faz na América: «olhe tem cancro».</p> <p>E119 É, pode ser difícil de encarar para o paciente.</p> <p>E120 Como um homem que procura ajuda a outro homem e que o considera como qualificado.</p> <p>E114 O consentimento informado obriga-nos a tratar os doentes todos por igual,</p> <p>E114 não nos deixando tratar os doentes de uma forma habitual paternalista, mas que vai mais ao encontrada necessidade de protecção do doente.</p> <p>E114 porque obriga-nos a tratar todos por igual, e há um grupo de pessoas que não beneficiam com isso</p> <p>E111 O médico até pode estar enganar o doente com</p>		
--	--	--	--

	<p>caracter humano.</p> <p>E111 Pode enganar o doente e pode ser um sentimento muito humano em relação ao doente.</p> <p>E106 Somos obrigados</p> <p>E120 Mas isto tem a ver com muitas coisas, com a educação do médico e do doente.</p> <p>E120 Depois há as circunstancias</p>		
♦ INFORMAR	<p>E107 Não concebo uma prática clínica em que as pessoas não saibam o que se está a fazer.</p> <p>E107 Estamos a falar de situações de rotina, é um dos itens da qualidade do serviço prestado.</p> <p>E110 somos sim as pessoas que em determinadas áreas sabemos mais do que as outras pessoas.</p> <p>E110 Explicar estes nossos conhecimentos às pessoas,</p> <p>E110 Eu tenho que lhe explicar o risco de romper e</p>	11	4

	<p>morrer é este, o risco de ficar impotente é este.</p> <p>E116 É obvio se a pessoa tiver que esclarecer o doente é um assunto mais estudado, não vai às cegas, não é experimentar chamemo-lhe assim.</p> <p>E116 Vai ter que explicar o que vai fazer.</p> <p>E120 Há um ponto a ter em conta, é quando se hipertrofia a vontade do doente.</p> <p>E120 As pessoas tem direitos</p> <p>E120 e defendem os seus direitos, consensuais e imaginários.</p> <p>E120 E a passagem para os imaginários é muito fácil e rápido.</p>		
♦ PARTICIPAÇÃO DO DOENTE	<p>E110 Nós não somos donos dos doentes,</p> <p>E110 não somos donos da vontade do doente,</p> <p>E120 e implica uma qualidade dos actos clínicos</p>	5	2

	<p>prestados.</p> <p>E110 Ele tem o direito de escolher.</p> <p>E120 Porque a prática clínica implica uma participação do doente nas decisão</p>		
♦ HOSPITAL	<p>E113 Porque quando uma pessoa caí num hospital caí num sitio totalmente estranho.</p> <p>E113 Sobretudo quando é uma situação prevista, o doente vai-se mentalizando para essa situação.</p> <p>E113 Numa situação crónica um doente que viveu 50 anos, quando caí num hospital é o caos.</p> <p>E113 É um choque</p>	4	2
♦ W EM EQUIPA	<p>E113 Se num diagnóstico grave muitas vezes eu falo com a enfermeira e digo-lhe que explique a pouco e pouco o que ele tem.</p>	3	2

CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO DOS ENFS NA INFORMAÇÃO E NO C.I

	UNIDADES DE REGISTO	FREQUÊNCIA	Nº SUJEITOS
<p>♦ ENFERMAGEM</p> <p>NÃO DEVEM PARTICIPAR</p>	<p>E106 Eu acho que tem sido muito pouco</p> <p>E106 pelo menos o que eu tenho visto.</p> <p>E111 Lamento Sr. Enf.</p> <p>E111 Não!</p> <p>E111 As enfermeiras tem um determinado papel, mas não devem meter-se nisso.</p> <p>E111 Não há nada que dê mais desconfiança do que isso.</p> <p>E111 Eu tenho um ideia muito diferente indicações actuais.</p>	24	3

	<p>E111 Esta ultima que querem que orientem os enfermeiros os diagnósticos e terapêutica, não concordo!</p> <p>E111 Uma enfermeira quer dar orientação terapêutica ou diagnóstico o melhor que tem que fazer é tirar o curso de medicina.</p> <p>E111 A maior parte do trabalho das enfermeiras são os cuidados de assistência médica.</p> <p>E111 Devia de haver dois tipos de enfermeiras umas que era pedido o 5º ano do liceu e depois ia para o curso para fazer o trabalho de enfermagem.</p> <p>E111 E outro o 11ª ano e depois dos 3 anos, onde aprendiam a ser enfermeiras, estas poderiam tirar a especialidade ou iam para a administração para chefiar um grupo de enfermeiras.</p>		
--	---	--	--

	<p>E111 Não posso aceitar o que aconteceu no meu tempo em que o Galhordas promoveu tudo ao mesmo tempo, as enfermeiras ficaram todas iguais.</p> <p>E111 Eu prefiro um a enfermeira com a 4ª classe, são mais rápidas do que as doutoradas.</p> <p>E111 Daqui a pouco também os homens do lixo tiram um doutoramento!</p> <p>E120 Se não são factores destabilizadores na informação do doente para com o médico.</p> <p>E120 Tenho que dizer que não pode haver na informação no consentimento informado uma mistura tão grande, porque se baralha muitas coisas.</p> <p>E120 O erro da enfermagem em Portugal é brincar aos medicozinhos.</p> <p>E120 Se eles se debruçassem na sua matéria,</p>		
--	--	--	--

	<p>E120 com metodologia de investigação, tinham todo o direito de entrar num nível superior nas Universidades.</p> <p>E120 Agora não é fazer-se pequenas abordagens do que é dado na Medicina.</p> <p>E120 A enfermagem não tem razão para ser nível superior.</p>		
<p>♦ DEVEM PARTICIPAR ENFERMAGEM</p>	<p>E108 Os enfermeiros têm uma grande importância</p> <p>E108 E portanto a sua presença é indispensável,</p> <p>E109 quem está permanentemente em contacto com o doente é o enfermeiro.</p> <p>E109 Portanto ele é que ouve aquilo que muitas vezes não dizem ao médico.</p> <p>E109 Inclusive a raiva desejam no enfermeiro.</p> <p>E109 Alguns até estão desprevenidos, não fazem a</p>	32	13

	<p>mais pequena ideia, que tipo de tratamento vão fazer ou que vão fazer.</p> <p>E109 Portanto a pesar de tudo são eles que lá estão e que os vão educar.</p> <p>E109 Se vão fazer uma colonoscopia, se vão fazer com anestesia, riscos da própria cirurgia, o maioria dos riscos dos exames sem anestesia.</p> <p>E109 e é depois o enfermeiro, aqueles que apanham a situação,</p> <p>E109 com quem desabafam e aconselham.</p> <p>E110 O enfermeiro é o elo da terapêutica do doente.</p> <p>E112 Porque é assim o consentimento informado mesmo que não seja muito formal,</p> <p>E112 o enfermeiro têm a prescrição de uma terapêutica EV ou IM, pode fazer o consentimento</p>		
--	--	--	--

	<p>informado ao doente, embora menos formal.</p> <p>E112 Eu agora vou dar-lhe uma injeção e porquê.</p> <p>E112 A enfermeira pode e deve participar.</p> <p>E113 Acho que devem participar.</p> <p>E114 Na informação, a, a deve ser , se for, se for um enfermeiro que tiver experiência na área em questão.</p> <p>E114 Eu acho que têm um papel muito importante,</p> <p>E114 porque às vezes os doentes confiam mais nos enfermeiros do que em nós médicos.</p> <p>E115 O enfermeiros podem participar no consentimento informado.</p> <p>E116 Eu penso que será claramente a primeira abordagem se for um acto imediato.</p> <p>E117 Acho que devem ajudar o trabalho do médico.</p> <p>E117 Mas os enfermeiros devem coadjuvar o</p>		
--	--	--	--

	<p>consentimento informado.</p> <p>E117 Muitas vezes ficam com dúvidas e não as põem, porque ficam com um certo acanhamento</p> <p>E117 e com maior facilidade põe ao enfermeiro, porque têm uma relação mais próxima.</p> <p>E118 Depende das situações.</p> <p>E118 Em relação às técnicas invasivas é fundamental.</p> <p>E118 Os doentes abrem-se um bocado mais com os enfermeiros, é mais um reforço da informação.</p> <p>E119 Ajudar a esclarecer melhor, no caso do doente ter dúvidas e o médico não ter disponibilidade.</p> <p>E119 na seguinte o doente com dúvidas, o enfermeiro se estiver dentro do assunto pode esclarecê-lo.</p> <p>E119 Pode contribuir.</p> <p>E120 É muito simples no seu âmbito de trabalho,</p>		
--	--	--	--

	<p>E120 naquilo que lhes diz respeito.</p> <p>E113 Os enfermeiros tem mais contacto com o doente nas 24h do que o médico.</p> <p>E109 Acho que é muito importante.</p> <p>E110 Há uma vertente da enfermagem</p> <p>E110 Há duas vertentes: a médica e a da enfermagem</p> <p>E114 Mas continuo a dizer que há um grupo de doentes que não gostam que se divida a responsabilidade com eles e desconfiam tanto dos enfermeiros como dos médicos.</p> <p>E114 Não pensam que a decisão é deles, dizer que não quer é mais fácil, que a culpa é do médico</p> <p>E114 Há um grupo de doentes que se a informação for dada pelo assistente, ou o enfermeiro não aceita, só pelo cirurgião principal.</p>		
--	---	--	--

	<p>E114 Às vezes é mau para o enfermeiro, porque não confiam nas outras pessoas.</p> <p>E114 Portanto quando um membro da equipa médica, um assistente, um enfermeiro que não tome a decisão final, não aceitam.</p>		
♦ W EM EQUIPA	<p>E106 Nós temos no nosso serviço.</p> <p>E118 E até os doentes percebem melhor a informação dada pelos enfermeiros do que com os médicos.</p> <p>E119 Pode coadjuvar a informação dada pelo médico.</p> <p>E106 Têm que conhecer todas as questões relacionadas com o consentimento informado,</p> <p>E106 a enfermeira quando faz a consulta já sabe o que vai acontecer a seguir ao doente, que lhe vai ser feito isto ou aquilo, que vai ser operado.</p> <p>E106 E diz vai ao seu médico que lhe vai dizer</p>	39	10

	<p>quando é que é operado</p> <p>E106 e tem capacidade e conhecimentos para poder iniciar, o que se chama o consentimento</p> <p>E106 Agora é mais aceite,</p> <p>E106 fazem consultas em programas muito restritos e específicos,</p> <p>E106 fazem muito bem e melhor que muitos profissionais médicos.</p> <p>E106 Que não entendem daquele assunto</p> <p>e portanto temos a vivência de há muitos anos e elas fazem o consentimento informado, para terapêutica cirúrgica, para certos diagnósticos,</p> <p>E106 no dia a dia e fazem-no melhor que muitos médicos.</p> <p>E106 Ou tão bem ou tão mal como alguns médicos o</p>		
--	--	--	--

	<p>fazem.</p> <p>E106 Pessoalmente não tenho alguma restrição na cabeça, não tenho qualquer medo.</p> <p>E107 Desde que os enfermeiros estejam informados do que se vai passar e estejam integrados na equipa</p> <p>E107 Portanto desde que o enfermeiro, quer dizer ele pode ser maior ou menor consoante o enfermeiro, acho conforme se funcionar em equipa.</p> <p>E108 porque são eles que nos ajudam nos actos terapêuticos.</p> <p>E108 porque nós dizemos que espécie de acto terapêutico é feito, mas quem executa na maior parte dos casos são os enfermeiros. No que respeita EV, per os, pensos.</p> <p>E110 São duas vertentes para o tratamento, só quando</p>		
--	--	--	--

	<p>o doente está todo informado a que vai ser submetido é que haverá a decisão.</p> <p>E110 O consentimento informado que deve ser elaborado pelas pessoas que estão envolvidas no processo do doente,</p> <p>E110 o enfermeiro deve estar incluído e participar.</p> <p>E112 Num contexto de uma equipa, pode ser o enfermeiro por ex. numa unidade a enfermeira pode explicar ao doente que vai fazer uma coroniografia, dá o papel para perceber, explica.</p> <p>E112 Se forem situações feitas numa unidade ou num serviço ou situações e enfermagem.</p> <p>E114 Quando se toma a decisão o enfermeiro fornece a informação que tem que ser em consonância com a equipa,</p>		
--	--	--	--

	<p>E114 com todos e nem todos podem dar informações aos doentes, porque para não haver contradição.</p> <p>E114 A informação pode dar o enfermeiro se for, se houver consenso na equipa médica, de saúde e padronizada.</p> <p>E116 Mas quando for cirurgia, exame invasivo deve ter acesso ao médico logo a seguir à enfermeira o ter esclarecido.</p> <p>E116 Numa primeira fase de preparação a enfermeira para o doente depois chegar ao médico e colocar dúvidas</p> <p>E116 Para primeiro ficar mais esclarecido e depois o médico para as últimas perguntas.</p> <p>E118 Dá apoio ao médico, ao estarem os dois em consonância é fundamental.</p>		
--	--	--	--

	<p>E117 Sobretudo com os doentes com um grau cultural mais baixo, por vezes o que parece muito claro para os médicos para os doentes não é e os enfermeiros podem explicar melhor ao doente, aquela informação, o conteúdo.</p> <p>E114 Há sítios como os EUA em que o enfermeiro dá o consentimento informado, mas lá também há pessoas muito especializadas na equipa de saúde, não é como cá.</p> <p>E106 Eu no meu hospital há muitos anos coloquei as enfermeiras a fazer consulta e quase que ia sendo excomungado no hospital, não estou nada arrependido.</p> <p>E106 Para elas foi algo, bastante interessante.</p> <p>E106 Ainda hoje fazem alguma actividade de</p>		
--	--	--	--

	<p>consulta, consulta de enfermagem.</p> <p>E106 E devemos ser os únicos que os fazemos.</p> <p>E106 E quando elas desenvolvem esta actividade, elas, fazem tal e qual como o médico</p> <p>E107 Nem todos os enfermeiros, nem todos os médicos estão preparados para este tipo de atitude,</p> <p>E107 de estarem preparados para este tipo de mecanismo da instituição doente, relação médico/doente ou o que quer que sejam.</p> <p>E114 Em termos de informação há vantagens dos doentes confiarem mais.</p> <p>E114 Hum! E depois confrontam as várias opiniões da equipa.</p>		
--	---	--	--

♦ DECLARAÇÃO	<p>E107 Estamos a falar do acto único da cirurgia, mas a preparação dos actos de diagnóstico, até à cirurgia, não, não é possível vir o médico que vai fazer a angiografia pedir a autorização.</p> <p>E107 Portanto é muitas vezes um procedimento institucional e,</p> <p>E107 e estou convencido que em muitas situações não passa de um acto formal,</p> <p>E107 e que tem o valor dos actos formais,</p> <p>E107 é mais uma assinatura num papel.</p> <p>E107 Salvaguarda algumas situações legais, mas não é o essencial no consentimento informado.</p> <p>E116 e assinar o papel.</p>	7	2
♦ MÉDICO	E109 Depois do médico,	10	5

	<p>E109 Quando o médico diz são apanhados desprevenidos</p> <p>E115 O consentimento informado como é da responsabilidade do médico,</p> <p>E115 têm um papel muito importante no consentimento informado ao esclarecer, informar</p> <p>E117 O médico deve assumir o consentimento informado.</p> <p>E119 O médico faz a primeira abordagem,</p> <p>E115 e na relação médico/ doente</p> <p>E114 Cá não deve ser nem pelo enfermeiro nem pelo assistente, mas sim quem faz o acto médico.</p> <p>E114 Em, relação ao consentimento informado, acho que o consentimento informado deve ser obtido e realizado pela pessoa que faz o gesto.</p>		
--	---	--	--

	E114 Nem é pela pessoa mais velha ou com mais experiência é quem executa o acto, o gesto pessoalmente.		
--	--	--	--

FAMÍLIA HS MARIA

SIGNIFICADO DO C.I

INFORMAÇÃO	<p>E1É uma mais valia,</p> <p>E1 prá gente estar dentro dos assuntos do doente.</p> <p>E2É a informação que nos possam dar,</p> <p>E4 Esclarecer pronto!</p> <p>E4 Esclarecer.</p> <p>E4Pôr as pessoas a par do que se passa. Não é?</p> <p>E5Eu penso que é bom informar,</p> <p>E5 estar informado.</p> <p>E5Pronto, está bem informada no sentido que hum Pausa</p> <p>E6 Ultimamente tem sido... hum.... Pausa</p> <p>E6 Uma informação melhor.</p>
------------	--

	<p>E7 O médico falou comigo</p> <p>E8 Toda a informação sobre a doença. Pausa</p> <p>E8Eu já sabia em Cabo verde, pelo médico que tinha que ser operado aqui.</p> <p>E8 Portanto quando viemos para Lisboa, sabíamos o que se iria passar.</p> <p>E9 Acho bem . Pausa</p> <p>E9 Que deve ser.</p> <p>E9Deram-me a explicação sobre a doença da minha avó, e.... Pausa</p> <p>E10 É isso que eu venho fazer hoje. Pausa</p> <p>E10 É precisamente isso. Pausa</p> <p>E11 O doente deve ser informado de tudo.</p> <p>E14 Eu acho bem até deviam dar mais informações... Pausa</p>
INF. AJUDA O DOENTE/ família	<p>E11 Olhe, devo dizer que ajuda o doente e à família.</p> <p>E13 Eu acho que devemos ter sempre acesso a toda a informação à cerca do doente</p>
ANTIGAMENTE	<p>E14 Antigamente não davam nenhuma informação, agora já está melhor.</p> <p>E14Antigamente não informavam ninguém, agora já melhor. Pausa</p>

	E14Antigamente era só os familiares, agora já informam mais as pessoas das doenças.
ACEITAÇÃO COM A INF	E9Eu aceitei.
FORMA DA INFORMAÇÃO	<p>E2 mas de uma forma clara, directa. Pausa</p> <p>E2Nunca é directo. Pausa</p> <p>E2Ou concreto,</p> <p>E2em termos de doença nunca é directo ou concreto</p> <p>E5Não é logo dada,</p> <p>E5 Então muitas das vezes a gente está a perguntar, mas não respondem logo. Pausa</p> <p>E5Talvez só podem informar até um certo ponto.</p>
PERCEBER A INFORMAÇÃO	<p>E2De forma a que nós percebamos o que podemos fazer em casa, hum... Pausa</p> <p>E2Mesmo! Pausa</p> <p>E2Que a pessoa vá directo ao assunto. Pausa</p>

	<p>E2Eu vou dar-lhe um exemplo: Pausa</p> <p>Onde fica o quarto tal. Pausa</p> <p>E depois indicam segue sempre em frente e vira-se esquerda e encosta-se à direita.</p> <p>Pausa</p> <p>E2Mas muitas vezes não é assim. Pausa</p>
<p>♦ HISTÓRIA DE VIDA</p> <p>= EXEMPLO</p>	<p>E2Vá aquela funcionária e depois esta diz-nos, para ir a outra e depois dá-nos a informação. Pausa</p> <p>E12 E a única pessoa que nos diz alguma coisa foi a Dr. C.L.</p> <p>E12Porque está ali escrito na cama do meu pai que era o Dr. R.M. Pausa</p> <p>Eu fui falar com ele e ela disse-me que não era, mandou-me para outro.</p> <p>Falei com o outro Dr. J.C, parece-me. Pausa</p> <p>E o Dr. J.C disse que não era e disse-me para falar com o Dr. C.L</p> <p>Eu vim cá com a minha irmã, para falar com a Dr. C.L e ela disse-me que eram os dois.</p>

	<p>E12Portanto eles andam a empurrar um para o outro, nem era um nem o outro.</p> <p>Percebe?</p>
♦ INF FAMILIA	<p>E2 tudo o que nos dizem é hum.... Pausa</p> <p>E2No caso da minha mãe é... Pausa</p> <p>E2Tudo o que nos disseram até agora... Pausa</p> <p>E2Na verdade, sabe é que nos disseram tudo o que quiséssemos saber.... Pausa</p> <p>E2E vai ao encontro do que estava à espera.</p>
♦ NÃO INFORMAÇÃO	<p>E12 Eu acho que estamos muito mal informados</p> <p>E3Acho que devia haver mais informação. Pausa</p> <p>E3E não é o que acontece. Pausa</p> <p>E3A minha sogra veio para aqui sem saber o que tinha, nem nós.</p> <p>E3Nunca houve uma informação correcta,</p> <p>E3nem sabemos o que lhe podemos ou devemos fazer, quando for ter alta.</p> <p>E10 Venho para falar com o Sr. Dr.</p>

	<p>E10 Isto foi tudo em cima da hora.</p> <p>E10 Quero saber, foi em cima da hora,</p> <p>E10 Não tivemos tempo,</p> <p>E10 nem acesso a nada.</p> <p>E10 Porque surgiu uma complicação.</p> <p>E10 Venho falar com o Sr. Dr, por isso mesmo.</p> <p>E10 Porque quero saber o que vai ser feito, que cirurgia ela vai fazer, que riscos é que vai correr.</p> <p>E10 É essa a resposta que eu quero encontrar, é o que eu vou procurar.</p> <p>E10 Nós estamos à espera do Sr. DR</p> <p>E5 Mas em relação à minha avó tivemos que andar à procura da informação. Pausa</p> <p>E12 Acho que estamos muito mal informados. Pausa</p> <p>E12 Nós chegámos aqui e ninguém nos informou de nada,</p> <p>E12 temos que andar á procura das pessoas para ver se alguém nos diz alguma coisa.</p>
--	--

	<p>E13Que não tivemos.</p> <p>E14Que às vezes não dão ao doente, nem a nós.</p> <p>E14Não dão porque têm medo, fica mal.</p> <p>E15 Eu acho que às vezes a informação não nos é dada.</p> <p>E15Estamos mal informados e...Pausa</p> <p>E15Outras vezes é pouca... Pausa</p> <p>E15 Outras vezes não é acertada.... Pausa</p> <p>E15Outras vezes é, é</p>
DESCONHECIMENTO DA EQUIPA MÉDICA EM RELAÇÃO AO DOENTE	E5também podem não saber o que é que se passa. Pausa
NÃO FOI BOA	E6 De inicio não foi muito boa.

<p>BEM TRATADO (BONS CUIDADOS)</p>	<p>E7 O meu marido tem sido muito bem tratado, foi operado a um hérnia, não temos nada a dizer.</p>
-------------------------------------	---

	Ajudou-o a entender a doença e esclarecer dúvidas, em relação aos procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de prognóstico
INFORMAÇÃO	<p>E1 Sim. Pausa</p> <p>E1 Quando elas são bem fornecidas, sim... Pausa.</p> <p>E2 Mas julgo que a minha mãe foi, antes de ser operada.... Pausa</p> <p>E2 Acho que foi... Pausa</p> <p>E2 Acho que explicaram mais ou menos, como é que chegou.... Pausa</p> <p>E2 Como é que teve esse problema pausa</p> <p>E4 acho que sim o meu irmão está informado suficientemente da doença. Pausa</p> <p>E4 Esclarecido.</p> <p>E4 Porque nós sabemos que ela tem pedras na vesícula, que tem feito vários exames, mas não sabemos se além disso há alguma coisa.</p> <p>E4 É que ela hoje foi fazer exames e pronto. Pausa</p> <p>E4 Mas só me sabem informar, depois dos resultados. É assim mesmo</p> <p>E7 Tudo.</p>

<p>AJUDOU</p>	<p>E7 Tudo.</p> <p>E8Sim. Pausa</p> <p>E8 A perceber a gravidade da situação</p> <p>E8 e a operação que se ia fazer.</p> <p>E9 Sim.</p> <p>E9Para saber o que a minha avó tem</p> <p>E11 Eu acho bem.</p> <p>E11Eu gostava de saber se fosse o meu caso, o que estava a acontecer</p> <p>E14 Sim,</p> <p>E14sim,</p> <p>E14a mim têm vindo a informação dos problemas....Pausa</p> <p>E9Ajudou-me muito.</p> <p>E9 e como a podíamos ajudar.</p>
---------------	--

<p>N. ENTENDEM A INF</p> <p>RESIGNAÇÃO</p> <p>REAÇÕES NEGATIVAS À INF</p>	<p>E11 Ajuda,</p> <p>E11 ajuda.</p> <p>E11 Desde que a pessoa tenha alguém que a ajude nestes momentos. Pausa</p> <p>E12 Ajuda completamente.</p> <p>E13 Ajuda sem dúvida.</p> <p>E11Mas pode haver pessoas que não entendem o que lhes é dito</p> <p>E11Desde que as pessoas entendam, eu acho bem, Pausa</p> <p>E14Mas ao longo do tempo ... Pausa</p> <p>E a gente vai viver na medida do possível.</p> <p>E11 e podem aumentar o medo, o desespero</p>
---	---

<p>DIF COMUNICAÇÃO RELAÇÃO MÉDICO/DOENTE</p>	<p>E1Foram assim a assim.</p> <p>E1Ás vezes a gente queria saber e..... Pausa</p> <p>E1E não ,</p> <p>E3 nem responderam</p> <p>E3 Ignoraram-nos.</p> <p>E3 A nossa persistência, é que conseguimos saber alguma coisa</p> <p>E3 Fez exames e foi reoperada. Isso acontece, mas não nos disseram nada</p> <p>E6 ultimamente sim.</p>
<p>ABERTURA</p>	<p>E1 não davam muita abertura.</p> <p>E1Mas pronto, já houve casos pontuais que sim. Pausa</p> <p>E1Que houve essa abertura.</p>
<p>FACILITADO</p>	<p>E1Ultimamente tem havido, tem sido mais facilitado e tem sido bem</p>

NÃO INFORMAÇÃO	<p>E2A mim, não</p> <p>E2E a operação consistiu em quê, e para melhorar o quê também.</p> <p>E2E acho que ficou esclarecida. Pausa</p> <p>E2Eu não tenho conhecimento. Pausa</p> <p>E2Não tenho. Pausa</p> <p>E2Desconheço.</p> <p>E5 Por enquanto só o mínimo. Pausa</p> <p>E6 De início não,</p> <p>E6 Não estou muito ao corrente,</p> <p>E6 sei pouco sobre o que se está a passar.</p> <p>E10Não,</p> <p>E10 ninguém esclareceu nada.</p> <p>E10Não é que eu vá dar algum palpite, mas, como é lógico, não vou, mas quero saber o que é que se passa.</p> <p>E12 Mas como lhe disse, não fui, não fomos informados.</p>
----------------	--

<p>DÚVIDAS</p> <p>NÃO AJUDOU</p> <p>INFORMAÇÃO DADA PELAS ENFERMEIRAS</p> <p>BOM ATENDIMENTO NÃO SABER MÉDICO</p>	<p>E13 Sem saber qual a doença que ele tem e como está a decorrer, nós não sabemos</p> <p>E15 Não nos informaram de nada.</p> <p>E7 O médico tirou-nos as dúvidas.</p> <p>E3 Não ajudou.</p> <p>E3 Nunca nos informaram ,</p> <p>E3 nem nos informaram.</p> <p>E3 Soubemos alguma coisa foi pelas enfermeiras.</p> <p>E4 Eu agora estava à espera de encontrar uma enfermeira para saber da situação dela.</p> <p>E4 E pronto a partir daí, acho que tem sido bem tratada.</p> <p>E5 Mas também não sei se eles já sabem o que é que se passa. Ela foi operada ao intestino de repente.</p>
---	---

UTILIDADE DO C.I	<p>E1 Sim,</p> <p>E1 sim,</p> <p>E1 muito. Pausa</p> <p>E2 Hum.... Sim aos pacientes ou aos familiares. Pausa</p> <p>E3 Sim.</p> <p>E3 Muito útil.</p> <p>E4 Acho que sim</p> <p>E5 Sim. Pausa</p> <p>E5 Isso sim.</p> <p>E6 Claro, com certeza.</p> <p>E8 Muito.</p> <p>E9 Muito útil.</p> <p>E10 Muito,</p> <p>E10 muito útil.</p> <p>E10 Essencial.</p>
-------------------------	--

	<p>E11 Sim,</p> <p>E11 acho útil.</p> <p>E7 Eu acho que sim.</p> <p>E12 Sim, claro.</p> <p>E13 Sim.</p> <p>E13É útil</p> <p>E14Eu acho que sim... Pausa</p> <p>E14É útil.</p> <p>E14 Eu acho que têm.</p> <p>E14Eu acho bem,</p> <p>E14A informação é boa,</p> <p>E14ajuda a gente a pensar e a viver, tem que ser, para mais a gente tem que a aceitar, não é?</p> <p>E14Mas temos que aceitar, pronto.</p>
--	--

OBRIGATÓRIO	E13 e devia ser obrigatória.
DESABAFO	E11 Mas o melhor é não ter que passar por isto.
AJUDA	<p>E3 Iria-me ajudar. Pausa</p> <p>E3 Ajudar ao doente e à família</p> <p>E5Ajudar nesse sentido para a pessoa não entrar em pânico. Pausa</p> <p>E14 ajuda a compreender as coisas,</p> <p>E14 ajuda a pensar, a gente... Pausa</p> <p>Que é de uma maneira que não é... Pausa</p> <p>Não é tão mau.</p>
ANSIEDADE	E1A pessoa está numa ansiedade muito grande e se , se.... Pausa

<p>INFORMAÇÃO</p>	<p>E1Nos derem uma explicação sobre a doença,</p> <p>E1sobre o estado geral,</p> <p>E1 o que se passa. Pausa</p> <p>E2mas para a minha mãe, foi importante</p> <p>E4Para estarem mais informados e esclarecidos.</p> <p>E7 Acho que todas as pessoas deviam saber o que têm</p> <p>E7 para serem mais cuidadosas</p> <p>E7e para a gente saber.</p> <p>E7 Para mim eu quando vou ao médico pergunto logo o que tenho e como faço,</p> <p>E7 Eu sou uma pessoa que quer saber. Hum</p> <p>E8Soubemos desde o inicio o que se passava</p> <p>E5Para saber o que se está a passar.</p> <p>E6 Porque a gente está ao corrente</p> <p>E6 e está mais ou menos a saber o que se deve fazer, não se, se.... Pausa</p> <p>E6 Uma pessoa está mais a par do que se passa.</p>
-------------------	---

TRANQUILIDADE	<p>E9 Porque há uma explicação sobre um procedimento técnico. Pausa</p> <p>E9Do que fizeram.</p> <p>E9 Porque nós não sabemos sem essa explicação.</p> <p>E15Sim para nós sabermos como está o doente</p> <p>E15 para sabermos lidar com a doença que ele tem, o que se passa com ele,</p> <p>E15 para sabermos cuidar da pessoa em questão, quais os riscos, o grau da doença, o que podemos fazer.</p> <p>E1A gente fica muito mais tranquila</p> <p>E1e fica-se muito melhor.</p> <p>E5 Porque tranquiliza a família por saber o que é que se está a passar.</p> <p>E5Acalma-nos</p> <p>E5e acalma o próprio doente. Pausa</p>
---------------	---

NÃO INFORMAÇÃO	<p>E2 Não, não, não acho que não fui informada.</p> <p>E2 Porque não tenho esse conhecimento</p> <p>E12 Porque nós precisamos de saber o que o meu pai tem. Pausa</p> <p>Faz amanhã três semanas que estive cá internado. Pausa</p> <p>E12 Só houve uma vez que falaram connosco.</p>
ACEITAÇÃO DA DOENÇA POR PARTE DO DOENTE	<p>E2, porque até a ajudou a aceitar.</p>
SABER O QUE SE FAZER	<p>E8 e o que tínhamos que fazer</p>

<p>Quem deve informá-lo e pedir-lhe o consentimento informado</p> <p>MÉDICO</p>	<p>E1O médico,</p> <p>E1 o médico.</p> <p>E2O médico,</p> <p>E2No caso se o médico falar com a minha mãe, falar com a minha mãe</p> <p>E3 O médico que a segue.</p> <p>E3 O médico da doente.</p> <p>E5 O médico ao doente.</p> <p>E7 O Sr Dr,</p> <p>E7 o Sr Dr..... Pausa</p> <p>E7 Explicou de tudo. Pausa.</p> <p>E7 O que foi operado. Pausa</p> <p>E7 Da probabilidade do meu marido de ficar com o saco.</p> <p>E8 O médico assistente.</p> <p>E9 O cirurgião,</p> <p>E9 o médico.</p>
--	---

<p>ENFERMEIRAS SIM ENF NÃO PODEM DAR</p> <p>AAM</p>	<p>E10 O médico.</p> <p>E11 É o médico.</p> <p>E12Acho que os médicos a deviam dar</p> <p>E14 Eu acho que é os médicos.</p> <p>E15 O médico que a está a acompanhar.</p> <p>E2 as enfermeiras</p> <p>E12 Já que os enfermeiros não podem dar. Pausa</p> <p>E12Os enfermeiros não falam sem a autorização dos médicos.</p> <p>E12Muitas vezes dizem que não sabem.</p> <p>E2 e as auxiliares que se encontram no hospital.</p> <p>E2 os auxiliares podiam dar a informação, aos, aos.... Pausa</p> <p>E2Os, os auxiliares podiam dar a informação, aos, aos, familiares, para ficarem mais</p>
---	---

<p>PARA TER ACESSO À INFORMAÇÃO</p> <p>ACORDO</p> <p>DAR OPINIÃO</p>	<p>E1o que se tem que fazer</p> <p>E1e o que não se deve fazer.</p> <p>E2para saber se é a melhor operação, se por exemplo hum.... Pausa</p> <p>E8 Mais para compreender a situação, do que para participar. Pausa</p> <p>E2Estou de acordo com aquilo que vão fazer,</p> <p>E7 E nós achamos bem. Ele tem um problema de saúde. Pausa</p> <p>E2 ou, ou, se pelo menos, por exemplo se eles falam de uma determinada operação tudo bem .</p> <p>E2Se eu tiver de acordo , se não Pausa</p> <p>E2A minha opinião devia valer alguma coisa.</p> <p>E12 Depende dos casos.</p> <p>E12No caso do meu pai acho que sim,</p>
--	---

NÃO	<p>E12 mas penso como ele está consciente também pode participar,</p> <p>E12 também tem a opinião dele.</p> <p>E3 Não.</p> <p>E5 Provavelmente não. Pausa</p> <p>E6 Não.</p> <p>E6 Depende de certas circunstâncias, se a pessoa vê que pode chegar de outra maneira diferente,</p> <p>E6 mas não, não.</p> <p>E9 Não.</p> <p>E14 Eu acho que não devo participar nessas coisas,</p> <p>E14 já não me compete.</p>
-----	--

<p>SE O MÉDICO PEDIR A OPINIÃO</p>	<p>E7Se nos disserem o que se passa</p> <p>E7 e pedirem uma opinião. Pausa</p> <p>E7O médico pedir opinião. Pausa</p>
<p>A FAMILIA ESTÁ INFORMADA</p>	<p>E7O médico disse ao meu marido,</p> <p>E7 perguntou ao médico, ao que ia ser operado, e respondeu-lhe que poderia ficar com um saco.</p> <p>E7 O médico disse-lhe que deveria ser operado mesmo que ficasse com um saco.</p> <p>E7 Tem um tumor no recto e está. Pausa</p> <p>E7 Estamos bem informados do que ele tem.</p>

<p>O MÉDICO É QUE SABE</p>	<p>E3 O médico é que sabe. Pausa</p> <p>E3 É ele que tem que avaliar o doente,</p> <p>E4Porque o utente normalmente acredita em tudo o que o médico lhe diz, não é?</p> <p>E5 Porque se os médicos. Pausa</p> <p>E5 Cada um sabe do trabalho que está a fazer.</p> <p>E5A partir do momento em que o médico está e sabe o que está a fazer e toma certas atitudes. Pausa</p> <p>E5Ela foi operada de urgência, penso da melhor forma, acho eu?</p> <p>E11 Sim, mas eu deixo tudo nas mãos do médico</p> <p>E11Eu acho bem que se participe, mas não se pode interferir no campo dos médicos.</p> <p>E15 Nos casos graves, em que o médico tome uma decisão...Pausa</p> <p>E15Acho que o médico deve participar á pessoa mais directa do doente. Se acha que deve partir para esse meio ou não.</p>
----------------------------	--

NECESSITASSE DE SABERES	<p>E3 é preciso saber, ter conhecimentos.</p> <p>E8 não temos conhecimentos.</p> <p>E9 Porque não percebo nada sobre as doenças</p> <p>E9 e muito menos sobre a cirurgia.</p> <p>E10 Não me acho com capacidade para isso</p> <p>E11 Só se tivesse conhecimentos. Pausa</p> <p>E11 Mas estou aqui para perceber,</p> <p>E11 ele falou mas eu não entendi.</p> <p>.</p>
COMPLICADO	<p>E4 É muito complicado, e problemático. Hum Pausa</p> <p>E8 Participar é mais complicado</p>
SÓ EM CASO DE TER QUE DECIDIR	<p>E4 Mas claro se houve alguma coisa que realmente se tivesse que decidir, claro, pois. Pausa</p>

VIGILÂNCIA MÉDICA	E7 Disse-lhe para vir à consulta e tem andado sempre a vigiá-lo.
INFORMAÇÃO	<p>E1 Fiquei logo esclarecida,</p> <p>E1 o médico explicou-me tudo muito bem.</p> <p>E4 Foi a partir daí que nós soubemos, porque começou com muitos vômitos, mau estar, tudo o que comia vomitava e pronto foi aí que lhe diagnosticaram as pedras na vesícula.</p> <p>E7 Mas disse logo desde o primeiro dia que tinha que ser operado.</p> <p>E7 Que tinha que ser operado.</p> <p>E7 Mas disseram-me que a biopsia não era nada de mau, de cuidado, de maligno</p> <p>E8 explicou-nos a doença do meu marido</p> <p>E14 explicaram que o meu filho tinha um problema na tiróide</p> <p>E14 e fizeram-lhe uma biopsia e depois veio a saber o resultado e que não era nada de mal.</p> <p>E14 Pronto que não era má.</p>

	<p>E6 E quando estava não fui informada.</p> <p>E10 Quer dizer não foi.</p> <p>E10 Dizeram-me para vir à consulta daqui a oito dias e depois foi internada e não sabemos de mais nada.</p> <p>E10 Só sabemos que fez exames e viemos entregar, Pausa</p> <p>E10A partir daí, não sabemos de mais nada.</p> <p>E10Sabemos que tem que ser operada, mas a quê? E porquê?</p> <p>E10Estamos completamente às escuras.</p> <p>E10 É o que venho aqui procurar saber.</p> <p>E12 Não foi.</p> <p>E15 Não foi transmitida.</p> <p>E15Foi transmitido que iria ser operado ao intestino, mas a mim, a mim, não me disseramPausa</p> <p>E15 Como é que isso iria funcionar, nem nada.</p>
--	--

PROCURAR TER INF	<p>E13A informação que foi transmitida, foi andar a trás do médico durante quase dois dias e a DR C.L disse-nos alguma coisa.</p> <p>E13Já passaram oito dias e aguardamos. Pausa</p> <p>E13Se encontramos alguém para saber o que se está a passar novamente.</p>
INF DADA PELA FAMILIA	E6 As minhas irmãs.
CONFUSÃO DAS DOENTES (MENTAL)	E6 A minha mãe tem momentos que sabe e outros que não.
ENCONTRO FAMILIA E O MÉDICO	<p>E8 Tivemos um encontro,</p> <p>E8 uma conversa com o médico que como já lhe disse</p>
REALAÇÃO MÉDICO DOENTE	E11 Dizeram-me que o meu pai estava mal e que tinha que ser operado.

	<p>E11 E eu deixei-o resolver,</p> <p>E11 não devia pô-lo em causa.</p> <p>E11 Depois vim a saber que a cirurgia não era necessária, mas por isso eu estou aqui para saber.</p>
--	---

<p>doentes terem acesso à informação quando estes têm um diagnóstico grave</p>	<p>E1 Aí a aí é que a porca torce o rabo. Pausa</p>
<p>REAÇÃO DO DOENTE À DOENÇA</p>	<p>E1 Nem todos os doentes são iguais,</p> <p>E1 nem todos os doentes reagem da mesma forma, da mesma maneira. Pausa</p> <p>E4 Porque há pessoas que aceitam, que deviam saber e outros que não devem saber.</p> <p>E4 Depende da própria pessoas.</p> <p>E4 Eu tive uma pessoa amiga que lhe foi diagnosticado um cancro no estômago.</p> <p>Hum Pausa</p> <p>E4 Em que o estômago foi lhe retirado e mais não sei o quê e a pessoa nunca quis saber. Portanto está a ver.</p> <p>E4 Para mim a pessoa sabia.</p> <p>E4 Após a cirurgia só durou 18 dias. Mas sabia, mas achava uma coisa normal,</p>

<p>MANEIRA E REAÇÃO DOS FAMILIARES À DOENÇA</p>	<p>pronto! Pausa</p> <p>E4 Nunca quis aceitar.</p> <p>E4 Isto vai da mentalidade, da maneira de ser da pessoa.</p> <p>E14 Há doentes que reagem bem e há outros doentes que reagem muito mal.</p> <p>E14 Há doentes que se conformam e reagem bem.</p> <p>E14 Se eu tivesse uma coisa má até reagia muito mal mesmo.</p> <p>E14 Porque sou uma pessoa pessimista, estou sempre a pensar o pior.</p> <p>E1 Até os próprios familiares, aí teriam que</p> <p>E1 Ser informados com peso e medida.</p> <p>E3 Os doentes podem não aguentar</p>
---	---

INFORMAÇÃO	<p>E2Acho que devem.</p> <p>E2Para que possam ter a noção da gravidade da sua situação, em que se encontram.</p> <p>E2Para que possam. Pausa</p> <p>E2Para que pelo menos, tenham a noção do que se passa com eles.</p> <p>E4 Eu acho que sim,</p> <p>E4 que os doentes devem saber. Pausa</p> <p>E4 Para ficarem mais consciencializados da sua situação, do que têm. Pausa</p> <p>E5 Acho que se deve informar o doente.</p> <p>E7 Eu acho que sim,</p> <p>E7 eu para mim acho que sim.</p> <p>E7 Porque eu gosto de saber, eu fui operada seis vezes</p> <p>E7 e gosto de saber.</p> <p>E8Devem ter. Pausa</p> <p>E8 Para poderem enteirar-se da situação. Pausa</p> <p>E8 Devem ter conhecimento do que tem.</p>
------------	--

<p>INF AJUDA A LIDAR COM A DOENÇA</p> <p>EXP ANTERIORES</p> <p>FORMA DE INFORMAR OS DOENTES</p>	<p>E10Tudo,</p> <p>E10 tudo.</p> <p>E13 Mas acho que o doente deve saber tudo o que se passa com ele.</p> <p>E10Pelo menos para nós podermos saber como lidar com a situação.</p> <p>E10Já passei isso com a minha mãe infelizmente.</p> <p>E5 Mas deve-se informar os doentes com calma, com calma.</p>
---	--

DEPENDE DO DOENTE	<p>E6 Tudo depende.</p> <p>E6 Há pessoas que gostam de saber, há.... Pausa</p> <p>E6 Outras que não querem saber.</p> <p>E6 Tudo depende da pessoa.</p> <p>E9Se calhar há casos que sim e há casos que não.</p> <p>E9 Depende do caso.</p> <p>E9 Depende do doente.</p> <p>E12Acho, acho, depende. Pausa</p> <p>E12Há pessoa que podem aceitar e</p> <p>E12há outras que se calhar custa mais um bocadinho a aceitar. Pausa</p> <p>Para uma coisa mais grave.</p>
<p>NÃO TEM INFORMAÇÃO</p> <p>OCULTAR</p>	<p>E2Não devem ocultar, o facto de ocultar. Pausa</p> <p>E2A pessoa pode vir a rezeir, porque lhe ocultaram o facto,</p>

NÃO AJUDA	<p>E2 O facto não ajuda muito, ao doente a vencer.</p> <p>E2 Porque ficam com aquela sensação. Pausa</p> <p>E15 Isso aí acho que não.</p> <p>E15Acho que não,</p> <p>E15 porque a ansiedade da pessoa saber que o caso da pessoa é muito grave... Pausa</p> <p>E15E que pode recusar as ajudas,</p> <p>E15 pensar que não vale a pena avançar o tratamento.</p>
NÃO TEM A CERTEZA	<p>E2A minha mãe está bem, disseram que vai ficar melhor, mas nunca se tem a certeza se acontece alguma coisa mais adiante. Pausa</p> <p>E2não lhe disseram exactamente o que tinha. Pausa</p>
MENTIRA	<p>E2Eu acho que a pessoa pode vir a sentir-se mal, porque lhe mentiram</p>

NÃO OS DOENTES NÃO INF	E3 Não.
	E11 Não acho que não.
INFORMAÇÃO	SÓ
FAMILIARES	E3 Só devemos saber nós, os familiares, hum.... Pausa
	E5 Por enquanto não
	E5 No caso da minha avó e com o estado psíquico dela não. Pausa
COMPLICADO	E4 É um bocadinho problemático, não é?
	E4 É muito problemático. Pausa
	E13 É complicado
SABER PROGNÓSTICO	E7 E todas as vezes quis saber o que tinha, o que não tinha,
	E7 como ficava, como não ficamos.

<p>quer ter acesso a toda a informação à cerca da doença</p>	<p>E1 Sim,</p> <p>E1 sim. Pausa</p> <p>E3 Sim, exactamente</p> <p>E1 Tenho que saber o que foi feito e como.... Pausa</p> <p>E3 Para saber exactamente o que se passa acerca da doença, da pessoa</p> <p>E4 Sim,</p> <p>E4 sim.</p> <p>E5 Sim,</p> <p>E5 sim.</p> <p>E5 conseguir explicar o que o médico disse ao resto da família.</p> <p>E5 Ou a uma pessoa da família. Pausa</p> <p>E5 Saber explicar concretamente o que se passa com o doente.</p> <p>E5 Para depois não andarem todos a perguntar o mesmo.</p> <p>E6 Sim,</p> <p>E7 Pois.</p>
---	--

	<p>E7 Porque a pessoa fica a saber o que tem.</p> <p>E7 é sempre bom.</p> <p>E8 Sim. Pausa</p> <p>E8 Tive informação. Pausa</p> <p>E8 Deve-se esclarecer tudo.</p> <p>E9 Eu quero.</p> <p>E10Sim, claro.</p> <p>E10 e tenho que saber</p> <p>E11Eu, Eu, quero saber e entender o que se passou,</p> <p>E12Sim.</p> <p>E12Porque quero saber em que situação em que se encontra. Pausa</p> <p>E13 Eu gostava de a ter . Pausa</p> <p>E14 Tenho vindo sempre a trás deles,</p> <p>E14não houve nenhuma consulta que eu não estado...Pausa</p> <p>E14 Gosto muito que me informem</p>
--	--

<p>PASSAR A BOLA DE UM LADO PARA O OUTRO</p> <p>EXP ANTERIORES</p>	<p>E14e pergunto muitas coisas aos médicos, porque gosto de estar dentro do assunto.</p> <p>E14Porque se o meu filho fizer as coisas mal feitas, eu ralho-lhe, apesar de já ser um homem feito.</p> <p>E15 Sim,</p> <p>E15 sim.</p> <p>E12Esteve em medicina, agora está aqui.</p> <p>Pelos vistos não vai ser o último sitio em que vai estar. Pausa.</p> <p>Já foi para ser operado e não foi. Pausa</p> <p>E12E a gente quer saber.</p> <p>Andamos nisto.</p> <p>E10 Já passei por esta experiência.</p> <p>E10Porque tenho que saber como devo lidar com a situação.</p>
--	--

<p>INFOR AJUDA</p>	<p>E10Já passei antes deste episódio, outra doença com a minha mãe</p>
<p>NÃO SABE – NÃO INFORMATMAÇÃO</p>	<p>E10 E isso ajudou-me muito.</p> <p>E2Eu gostava. Pausa</p> <p>E2Mas não tive.</p> <p>E6 eu queria.</p> <p>E6Justamente para saber,</p> <p>E6 estar ao corrente e pausa</p> <p>E11 ainda não sei.</p> <p>E13 Mas não a tenho</p>
<p>NÃO SABE COMO TRATAR APÓS A ALTA – NÃO INFORMAÇÃO</p>	<p>E1Como devo depois de tratar da minha mãe.</p>

<p>AJUDA</p> <p>ACALMAR</p> <p>ORIENTAÇÃO</p> <p>DÚVIDAS EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO</p> <p>DÚVIDAS</p>	<p>E4 Porque para me sentir mais esclarecida, como devemos actuar, não é?</p> <p>E3 e para a podermos ajudar.</p> <p>E5 Porque além de poder acalmar os outros familiares no sentido de poder explicar o que se passa,</p> <p>E6 Uma orientação. Pausa</p> <p>E6 O que se vai passar e o que fazer</p> <p>E7 Muitas vezes estamos a tratar de uma coisa e temos outras.</p> <p>E9 A doente em si é que não sei se deve ter ou não.</p>
--	--

DELEGA NO MÉDICO	E9Fica ao critério do cirurgião, do médico. Pausa
DELEGA NO DOENTE	E9 Do doente
DELEGA NA FAMÍLIA	E9e da família dos doentes.
NÃO SÓ FAMÍLIA	E15Só os familiares, os doentes não

<p>o grau de participação do enfermeiro na informação e no processo do consentimento informado aos doentes</p> <p>OS ENF. NÃO PODEM INFORMAR</p>	<p>E1 Segundo o que eu sei é que eles não nos podem dizer nada. Pausa</p> <p>E1 Não podem transgredir as leis e as ordens.</p> <p>E1A partir daí pouco,</p> <p>E1há a pedir a eles,</p> <p>E1não podem fazer mais do que fazem</p> <p>E3 Eu não sei de podem</p> <p>E3 até porque os médicos podem dizer vocês não digam nada. Pausa.</p> <p>E7Bom, mas há umas que não deviam informar, são uns cavalos</p> <p>E10 Não passa por elas enfermeiras.</p> <p>E11e até não poder.</p> <p>E11 O enfermeiro pode não estar apto para isso</p> <p>E11Podem até não poder participar,</p>
---	--

	<p>E6 Deve saber o que se passa com ela própria. Pausa</p> <p>E4É a pessoa mais esclarecida para informar as pessoas.</p> <p>E7 Devem de informar, pois. Pausa</p> <p>E7 Se a gente perguntar, devem informar, pois</p> <p>E8 Devem,</p> <p>E9 Podem dar informação.</p> <p>E10 Nós também esperamos que o enfermeiro diga qualquer coisa.</p> <p>E10Acho que podem informar e o que se vai passar.</p> <p>E10 Mas no decorrer da doença e do que se vai passar, acho que sim.</p> <p>E12 Eu acho que eles devem informar as pessoas.</p> <p>E13 mas dar alguma informação.</p> <p>E14Devem também informar os doentes.</p> <p>E14Quando o médico não está, devem informar os doentes</p> <p>E15 Acho que os enfermeiros deviam participar e informar.</p>
--	--

PQ TÊM CONHECIMENTOS	<p>E4 Pelo menos tem conhecimento do que eles têm.</p> <p>E14 Acho que também tem um grau bom para informar.</p> <p>E15O enfermeiro devia participar mais aos familiares, para darem conselhos, para tratar os doentes.</p> <p>E15Deviam ter uma participação mais directa do que o médico.</p> <p>.</p>
EXPLICAR O QUE O MÉDICO DISSE	<p>E2Para que quando o médico falar, me possam explicar algumas partes que não tenha percebido. Pausa</p>
A ENF PARTICIPA NA INF DEVIDO À DIF DE RELAÇÃO MÉDICO/	<p>E2E não tenha tido oportunidade de perguntar.</p> <p>E15E o médico não está sempre disponível, não é?</p>

DOENTE	Têm mais gente para tratar.
TRABALHO EM EQUIPA (MÉDICO/ ENF)	<p>E3 Os enfermeiros devem informar em conjunto com os médicos. Pausa</p> <p>E3 Informar, se poderem</p> <p>E4 Portanto é uma pessoa que informa de acordo com a equipa médica, evidentemente.</p>
MAIOR CONTACTO COM O DOENTE	<p>E4 Eu acho que o enfermeiro é o profissional que está mais em contacto com o doente. Pausa</p> <p>E4 Acho que realmente, é o enfermeiro que está 24 h com o doente, por dia.</p> <p>E4 Mas o enfermeiro é a pessoas que está com o doente as 24h.</p> <p>E5 E lidam constantemente com o doente.</p> <p>E8 já que estão mais próximos do doente.</p>

NÃO INFORMAÇÃO POR PARTE DO MÉDICO	E3Porque os médicos não nos dizem nada,
AJUDA	E6 Se estão para ajudar a pessoa devem estar a informar.
IMAGEM QUE OS DOENTES TÊM DOS ENF	<p>E11Devem servir o médico.</p> <p>E13Para nós chegarmos aqui, o médico não está, entretanto o médico foi para casa e depois o enfermeiro disse que não sabe de nada.</p> <p>E13Não é muito agradável.</p>

MÉDICOS H S MARIA

<p>SIGNIFICADO DO C.I</p> <p>♦ INFORMAR</p>	<p>E 16 É no fundo o doente estar informado do que lhe irá acontecer, não é?</p> <p>E 16 mas tem que estar informadas sobre o que é o tratamento,</p> <p>E16 os riscos que correm, os que não correm, não é?</p> <p>E17 O consentimento informado tem que ter um tema, uma matéria e dentro dessa área é procurar ter a certeza de que se dá conhecimento ao doente de tudo o que é necessário,</p> <p>E18 É informar as pessoas</p> <p>E19 Desde que a pessoa seja esclarecida</p> <p>E19 Para a realização de qualquer acto médico</p> <p>E20 Depois de ele ter sido</p> <p>E20 Esclarecido à cerca do que se pretende com, com o acto médico, com enfim qualquer acto.</p>
--	---

	<p>E20 Quer seja cirúrgico, quer seja um exame complementar ou exame agressivo.</p> <p>E20 É isso que eu entendo que é o consentimento informado.</p> <p>E21 O consentimento informado do doente após ter sido informado da situação que tem, da história natural,</p> <p>E21 previsível da doença sem terapêutica e da proposta terapêutica.... Pausa</p> <p>E21 Que é submetida com a informação à cerca dos riscos inerentes que são obviamente... pausa</p> <p>E21 Que são sempre balanceados com as histórias da doença não tratadas.</p> <p>E21 É isso que permite ao doente fazer o consentimento informado.</p> <p>E22 Na decisão terapêutica em conjunto com todos os especialistas oncologistas, deve-se então informar o doente,</p> <p>E22 a informação deve ser personalizada.</p> <p>E23 Portanto acho que é o doente estar dentro das possibilidades da operação, hum... Pausa</p> <p>E23Estar a par do que tem ,</p> <p>E23 do que vai fazer, das consequências, do acto cirúrgico, hum... Pausa</p> <p>E23 Às vezes não do acto cirúrgico, do acto endoscópico, dos riscos que corre,</p>
--	--

	<p>E24 A verdade,</p> <p>E24 explicar aquilo que vamos fazer para que o doente esteja informado,</p> <p>E24daquilo que vou fazer</p> <p>E24 ou daquilo que se passa com o doente.</p> <p>E25 mas duma forma esclarecida e consciente dos riscos e dos benefícios</p> <p>E26 depois de devidamente informados das vantagens, desvantagens e das complicações</p> <p>E27 É a explicação que é dada ao doente da, da sua situação clinica e em função daquilo hum.</p> <p>Pausa</p> <p>E27 Da sua situação,</p> <p>E28 de acordo com as indicações que para mim são correctas.</p> <p>E28 Eu como médico digo ao doente a minha perspectiva da sua doença, o que entendo correcto</p> <p>E29 É fundamental para um doente que vai ser operado, deve ser informado dos seus riscos, do que lhe vai acontecer. Pausa</p> <p>E30 explicando os prós e os contra e os riscos que correm.</p>
--	--

<p>♦ FORMA DE COMUNICAR (RELAÇÃO MÉDICO/ DOENTE) - LINGUAGEM</p>	<p>E17 Portanto você tem que tentar saber com quem está a falar sobre esses aspectos todos.</p> <p>E17 E depois dá uma linguagem apropriada,</p> <p>E17 dando ao doente a informação que for necessária para que com esses dados todos bem explicados e compreendidos, possa dar uma resposta em que você tenha a certeza que possa ser uma resposta que saiba as condições.</p> <p>E17 É preciso rodear-se desses cuidados todos para ter a certeza que de facto o consentimento informado é realmente informado.</p> <p>E22 por isso deve-se explicar com palavras simples.</p> <p>E22 Deve-se suavizar por ex.: adenocarcinoma do colo, utiliza-se a expressão tem uma ferida.</p> <p>E22 Dou uma verdade suave.</p> <p>E22 Devemos escolher m conjunto de termos atenuados.</p> <p>E23 Daquilo que pensam que podemos estabelecer com ele, hum... Pausa</p> <p>E23 explicar dentro da capacidade, que ele, o doente tenha de compreender, não é?</p>
---	--

<p>♦ DUALIDADE</p>	<p>E19 É a utilização de uma autorização expressa de exames, para qualquer acto médico... Pausa</p> <p>E20 O consentimento informado é uma autorização expressa do doente, de como eu poderia realizar determinado acto médico, não é?</p> <p>E26 O consentimento informado é o consentimento que os doentes dão aos médicos para se submeterem aos actos médicos,</p> <p>E27 pedir autorização, depois de explicado todas as situações, procedimentos eventuais. Pausa</p> <p>E27 E ao autorizar as necessárias intervenções adequadas à intervenção clínica.</p> <p>E29 E aceita ou não aceita, isto também é importante.</p> <p>E30 É os doentes que nos autorizem um acto médico,</p>
--------------------	---

<p>♦ DIFICULDADE EM EXPLICAR</p>	
<p>♦ DUVIDAS</p>	<p>E24 Então o consentimento informado é, é ..hum.. Pausa</p> <p>E24 Um bocadinho difícil de explicar, é pedir ao doente.... hum... Pausa</p>
<p>♦ C.I NO ESTRANGEIRO</p>	<p>E28 O que é prá mim?</p> <p>E30 O que é para mim?</p> <p>E29 Nós em Espanha estamos muito habituados a utilizar o consentimento informado, muito habituados.</p>

OBRIGATORIEDADE DO C.I ♦ SIM	E16Sim E17 Claro. E18 Sim. E20 Deve ser obrigatório, tiradas.... Pausa E21 Com certeza. E23 Acho que sim. E23Não é obrigatório, E23Acho que sim E23 que devia ser obrigatório. E24 Claro que sim, E24 acho que é importante,

	<p>E25 Sim</p> <p>E25 Deve ser um procedimento obrigatório</p> <p>E26 Concordo.</p> <p>E27 Agora obrigatoriedade do ponto de vista da prática diária acho que sim.</p> <p>E29 Concordo.</p> <p>E29 Concordo.</p> <p>E30 Plenamente.</p> <p>E30 Porque se deve</p>
--	---

- ◆ SABER
- ◆ INFORMAR

E16 Os doentes têm que saber para onde é que vão. Não é?

E16 tem que saber o que é essa cirurgia,

E16 o que vai fazer e os riscos que corre.

E18 Porque é obrigatório informar os doentes sobre o seu tratamento.. Pausa

E25 fazer sem se falar com o doente.

E26 Porque o doente assume que está informado das consequências do acto a que vai ser submetido.

E28Na maior parte dos casos digo exactamente a situação ao doente.

E29 O doente têm que estar a par de tudo, dos riscos, era o que lhe dizia à pouco..

E29 O doente têm que ser informado, do que vai ser submetido.

E30 e é obrigatório informar os doentes

<p>♦ REAÇÕES HÁ INF</p>	<p>E24 isso já aconteceu na minha família e achei e concordei com um familiar meu que não sabia o que tinha e o desfecho ter sido inevitável, que, que a reacção à doença teria sido diferente, que estava carimbado com essa doença.</p> <p>E28Mas há situações onde tenho medo que eles saiam daqui e se suicidem e façam alguma asneira.</p>

QUEM APLICA O C.I	
<p>♦ MÉDICO</p>	<p>E16 O médico,</p> <p>E16 quer dizer o médico. Não é?</p> <p>E17 Deve ser o médico responsável pelo tratamento.</p> <p>E17 Isto é deve ser.... Pausa</p> <p>E17 É fundamental em termos de figura,</p> <p>E18 Acho que os médicos.</p> <p>E19 O médico.</p> <p>E20 Por principio o médico é responsável pelo doente, não é?</p> <p>E20 Em particular aquele que vai exercer o acto que seja mais agressivo.</p> <p>E20 Nomeadamente se for para cirurgia deve ser o cirurgião,</p> <p>E20 Deve ser mesmo o cirurgião.</p> <p>E20 A pessoa mais responsável pelo acto.</p> <p>E22 Médicos directamente envolvidos na decisão terapêutica,</p>

	<p>E24 acho que talvez seja o médico,</p> <p>E24 talvez seja o papel do médico,</p> <p>E24 do médico assistente.</p> <p>E25 deve ser o médico</p> <p>E26 O médico.</p> <p>E27 O médico que assiste o doente.</p> <p>E27 O seu médico assistente,</p> <p>E27 o seu cirurgião,</p> <p>E27 quem o vai seguir ao longo do seu internamento.</p> <p>E28 Os médicos falam com os doentes, tratam das coisas</p> <p>E28 A conversa inicial é feita entre mim e o doente.</p> <p>E29 Eu acho que deve ser o próprio profissional,</p> <p>E29 os médicos</p> <p>.</p>
--	--

♦ TRATAR

E16 O médico que o vai tratar é que sabe qual o tratamento que propôs, qual o tratamento que vai fazer.

E16 É o médico que o vai tratar e que lhe propôs a cirurgia, é que pode responder melhor ao doente.

E16 O médico que o vai tratar é que lhe diz... Pausa

	<p>E17A matéria mais simples pode ser apenas o médico assistente, o médico que pratica a terapêutica.</p> <p>E17 Há áreas e problemas que são mais complexos, não é?</p> <p>E17Que implicam que para o consentimento informado ser real, pode ter que recorrer a outras áreas.... Pausa</p> <p>E17Áreas da sociologia, da psicologia, para chegar a um bom consentimento informado.</p> <p>E17Ás vezes o consentimento informado tem que ser dado por um grupo de pessoas.</p> <p>E17 Porque o acto médico hoje em dia não....Pausa</p> <p>E17Não é um acto isolado ... Pausa</p> <p>E17 É um acto médico de equipa,</p> <p>E17 se o acto médico é de equipa,</p> <p>E17é a equipa que deve dar informações,</p> <p>E17 no sentido de uma forma conjunta.... Pausa</p> <p>E17 Com várias pessoas envolvidas.</p> <p>E25 mas também concordo que a equipa de enfermagem devem estar consciente do que se vai</p>
--	---

<p>♦ NÃO O ENF</p> <p>♦ SIM ENF</p> <p>♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DOENTE</p> <p>♦ FORMULÁRIO</p>	<p>fazer, dos riscos e dos benefícios e esclarecer o doente se tiver algumas dúvidas.</p> <p>E30 Os médicos e os enfermeiros.</p> <p>E20 nem o enfermeiro</p> <p>E23 Ou na véspera do exame dá-lhe aquela dúvida extra e é natural que a enfermeira colabore nisso e saiba o que foi dito.</p> <p>E23 E depois a enfermagem está muito mais tempo efectivo com o doente</p> <p>E29 ou os enfermeiros</p> <p>E23 Olhe acho que aí deve ser para os dois lados.</p> <p>E23 Prá já devem ter uma relação prévia e devemos explicar isso.</p>
---	---

	E25 Aplicar o formulário,
DIFICULDADES DO C.I ♦ EXISTEM	

<p>♦ Modo como de deve fazem</p>	<p>E16 Devia estar informado sobre isso.</p> <p>E26 Os doentes ligam muito mais aos contras do que aos prós do acto médico, digamos assim.</p> <p>E26 Nós falamos das complicações porque apesar de tudo são as excepções à regra, muito pequenas,</p> <p>E17 É necessário tempo, paciência, disponibilidade.</p> <p>E17 Não se pode ser uma coisa feita... Pausa</p> <p>E17 Tem que ser feita com cuidado e com atenção.</p> <p>E17 Não pode ser uma coisa feita de forma apressada e descuidada, não é?</p> <p>E22 A noticia que se dá de chofre.</p>
----------------------------------	---

<p>♦ (RELAÇÃO MÉDICO/ DOENTE</p> <p>♦ comunicação médico/ doente</p>	<p>E28 Nenhumas.</p> <p>E28 De resto não há normalmente qualquer tipo de dificuldade.</p> <p>E20 As dificuldades que encontramos, às vezes a falta de até de.... de enquadramento</p> <p>E23 O que eu meço é o tipo de doente que não tenho,</p> <p>E23 até onde posso dar a informação,</p> <p>E23 explico o que eles sabem até onde podemos ir,</p> <p>E24 Hum... acho que tem a ver com a sensibilidade, da forma como o doente reage.</p> <p>E24 Eu acho que se torna difícil para o médico ou para outra pessoa da área ligada à saúde,</p> <p>E24 tiver que dizer a verdade,</p> <p>E24 dizer as coisas que são, que são difíceis do doente ouvir,</p> <p>E24 sabemos que à partida o doente não vai reagir bem.</p> <p>E27 ou até os próprios médicos ou profissionais de saúde não obrigatoriamente só os médicos,</p>
---	--

<p>♦ NÃO SE FAZ C.I</p>	<p>E23 Tem um bocado a ver com o grau de educação dos doentes e depois, hum... Pausa</p> <p>E27 É o que eu disse é por razões emocionais ou culturais ou outras.</p> <p>E27 O doente não perceber aquilo que lhe é explicado da sua situação clinica.</p> <p>E27 Acho que é o principal.</p> <p>E27 Há dificuldades no próprio doente para que perceba essa informação</p> <p>E30 O nosso povo tem umas limitações intelectuais e de cultura.</p>
-------------------------	---

<p>♦ COMUNICAÇÃO/ LINGUAGEM</p>	<p>E25 ou não é feito ou para desleixo ou por outra coisa, ou porque há mais coisas para fazer</p> <p>E21 e isso torna a comunicação difícil e,</p> <p>E21 e portanto a mensagem às vezes não é fácil de passar,</p> <p>E21 e às vezes obriga a alguma simplificação para se conseguir haver uma comunicação mínima com o doente.</p>
---------------------------------	---

<p>♦ HISTÓRIA DE VIDA</p>	<p>E23 Há familiares que pedem para não lhes dizer exactamente tudo, vão fazer uma cirurgia e depois vai fazer ou não quimioterapia.</p> <p>E23 Eu pessoalmente não tenho muito isso.</p> <p>.</p>
<p>♦ INF AOS FAMILIARES</p>	<p>E22 eu também estive doente... hum pausa</p> <p>Depois de um banco, senti-me muito mal. Fui logo visto por um colega e ele disse-me: “ouve temos que te fazer um cateterismo, se resultar temos que fazer a operação via aberta”. Entrei logo em pânico, rezei e fui operado.</p> <p>Não sei se está a ver-me numa cama de hospital e a ter que fazer uma cirurgia, foi horrível.</p>
<p>♦ DUVIDAS</p>	

♦ INFORMAÇÃO
FAMILIA

E16Tenta-se dar mais informação aos familiares se tiver familiares

E20 Nós temos que dizer toda a verdade se não for ao doente aos familiares mais directos.

E20 A esses devemos dizer sempre.

E20 Agora aos familiares directos temos a obrigação de informar completamente

E22 É melhor falar com a família.

E22 De outra forma, não , só a família.

E23 e com o apoio familiar que tem. Isto é importante

E23 Global da família, como ele vai ficar, para escolher a melhor maneira

E26 Se são idosos, mais vale informar a família.

E27e no caso deste não querer saber, deve-se aí sempre informar a família.

E27 Esta deve ter sempre conhecimento.

<p>♦ Inf. D1 doença n grave</p>	<p>E17 Não há problema, quando não há uma doença grave, a informação... Pausa</p> <p>E17 É quando a informação, é uma informação suave, informação que traz para o doente uma situação que não envolve risco de vida ou o tempo de vida curto, sobrevivência é completa.... Pa</p> <p>E17É fácil.</p> <p>E17 Quando estamos perante um doente que nós sabemos que a sobrevida é curta, eu acho que se deve tentar o que melhor serve... Pausa</p> <p>E17 O tempo que vai viver.</p> <p>E17 para o informar-mos da melhor maneira ou até não o informar-mos, não o informarmos</p> <p>E18 Tento explicar o que eles têm, o que é que não têm, qual a evolução,</p> <p>E19 Dou-lhes toda a informação que lhes posso dar... Pausa</p> <p>E21 Se o doente quer saber eu forneço-lhe toda a informação que tenho,</p> <p>E21 Localiza-se a doença, diz-se que a doença é grave, que tem riscos para o futuro, se a pessoa não quer saber mais nada isso chega-lhe.</p> <p>E22 Devemos informar o doente daquilo que tiver dúvidas, se não tiver não se diz nada.</p> <p>E22 O doente deve ter direito a saber.</p>
---------------------------------	--

♦ FORMA DE
COMUNICAR

E16 Mas nunca se fala directamente às pessoas.

E16 Vamos a pouco a pouco, na consulta e nos vários contactos introduzir isso, essa informação.

E16 Vamos dizer o Sr. vai iniciar tratamento, assim , assim...Pausa

E16 Tem uma célula maligna, tem uns problemas. E não de repente.

E22 Em Portugal é assim ao doente mente-se, à família diz-se a verdade e dizer a verdade crua e nua.

E22 Aprendi no IPO de Coimbra que falamos de ferida que se cura.

E22 Quando exige, sim.

E23 Mentir não.

E23 Mentir não, não concordo nada

E24 Não dizer claramente isto vai acontecer assim não vai ter a mais pequena hipótese.

E24 Dar sempre alguma esperança ao doente,

E24 porque no fundo acho que há muita coisa que não estamos á espera de bom e,

	<p>E24 e tentaria alguma forma de dar ao doente no sentido, no sentido de, dar uma melhor qualidade de vida no tempo que lhe resta.</p> <p>E24 Isto se for uma situação mais grave, eu estou a por as coisas um bocadinho assim.</p> <p>E24 Mas acho que há formas de nós dizermos as coisas difíceis.</p> <p>E24 Oiça, não dizer a um doente que claro que ele vai sobreviver, mas não dizer que vai morrer.</p> <p>E24 É importante transmitir que vou fazer tudo o que tiver ao meu alcance,</p> <p>E24 e tentar resolver a situação do doente.</p> <p>E28 Fiz uma cirurgia de intenção curativa, digo “ Olhe ficou limpinho”.</p> <p>E28 Se tiver uma situação de um tumor em que não haja possibilidade de uma intervenção curativa, eu não lhes digo que o doente está condenado, o que lhes digo é que cirurgicamente é feito isso, mas depois é preciso outros métodos terapêuticos, normalmente a quimio e a radioterapia para se conseguir controlar.</p> <p>E28 E E digo-lhe que dentro daquela situação há doentes que respondem bem a esses tratamentos e em melhor prognostico e há doentes que tem pior prognostico. Pausa</p> <p>E28 Nos tumores disseminados não dou 100% real, hum Pausa</p>
--	--

	<p>E16 Há pessoas que aceitam perfeitamente. E portanto é isso.</p> <p>E16 E há outras pessoas que se souberem que têm um cancro... Pausa</p> <p>E16 Podem suicidar-se, por ex..</p> <p>E16 há pessoas que acabam por aceitar,</p> <p>E16 Tem muito a ver com a personalidade das pessoas,</p> <p>E16 tem muito a ver com o doente... Pausa</p> <p>E20 E também depende do tipo de doente.</p> <p>E23 Tem a ver com aquilo que eles são capazes de captar com o seu psiquismo para a maneira como estão no momento.</p> <p>E23 Há doentes por que são completamente sozinhos e pedem-me para dizer.. hum Pausa</p> <p>« Diga-me exactamente tudo o que tenho, tenho coisas a organizar, documentos a fazer ou assim.</p> <p>E23 Outros é ao contrario « não diga nada á minha mulher porque ela é muito frágil, não diga nada ao meu marido porque é uma pessoa que não aguenta essas coisas.</p> <p>E25 Depende do caso para caso, de pessoa, da doença, da patologia, depende da situação do doente.</p>
--	--

<p>♦ DEPENDE DO NIVEL SOCIO CULTURAL DO DOENTE</p>	<p>E29 Depende da situação, do doente e até da própria família.</p> <p>E30 Primeiro passa se o doente está em estado ou em condições de perceber alguma coisa que lhes vamos falar ou dizer.</p> <p>E30 Se consegue entender a informação.</p> <p>E30 No caso de estar receptivo da informação, de tudo, dos riscos que corre, do prognostico</p> <p>E20 Se o doente tem responsabilidades graves em relação à família. Não é?</p> <p>E20 Nós temos que dizer tudo.... Pausa</p> <p>E20 Temos que dizer.</p> <p>E20 Era uma pessoa que tinha obrigações e eu tive que lhe dizer tudo.</p> <p>E20 Mas a ele tive que dizer tudo... Pausa</p> <p>E20 Prá já claro que ele também era uma pessoa diferenciada.</p> <p>E20 Mas eu achei que devia dizer exactamente por causa disso.</p>
--	--

	<p>E16 Temos que ter conhecimento profundo se ele vai aceitar ou não.</p> <p>E17 Temos nós a ideia do doente, do que se passa com ele,</p> <p>E19 Depende da situação e do doente</p> <p>E20 Depende até às vezes do que o doente quer.</p> <p>E20 Agora ao doente a informação que eu dou, vai de acordo com o que o doente pretende</p> <p>E20 Mas realmente a informação que dou, até pela nossa sensibilidade nós sabemos se o doente quer saber ou não.</p> <p>E21 Mas com um mínimo de experiência e eu não tenho propriamente só um mínimo de experiência, é fácil perceber o que é o que os doentes querem e não querem saber.</p> <p>E22 depende do que o doente quer saber e</p> <p>E23 A gente tem que ter a noção, não é?</p> <p>E27 O médico normalmente conhece o doente e sabe até que ponto pode ir a sua informação se o que ele quer ou não saber.</p> <p>E28 Se o doente confiar em mim, nessa altura o doente aceita isso como verdade</p> <p>E28 Se não confiar ele pensa que eu não lhe disse tudo, não é?</p>
--	--

	<p>E17Portanto é preciso deixar as coisas seguir.</p> <p>E18 quais as técnicas que podem utilizar para aliviá-los, para ajudara aliviar...Pausa</p> <p>E18 Combater a dor.</p> <p>E24 para o ajudar</p> <p>E20 Infelizmente há uma grande percentagem de doentes que nem sequer querem saber da gravidade da sua situação. Não é?</p> <p>E20 Ainda encontramos, uma coisa cada vez mais rara, mas que encontrei muito no inicio da carreira.... Pausa</p> <p>E20 O sotor é que sabe.</p> <p>E20 Isso agora não é assim.</p> <p>E20 Mas ainda há muitos.....Pausa</p> <p>E20 Há muitos assim.</p> <p>E20 Mas muitas vezes encontro muitos doentes que não querem saber... Pausa</p> <p>E20 Ou não querem saber ou fingem que não querem. Não é?</p>
--	--

<p>◆ HISTORIA DE VIDA</p>	<p>E20 Até porque uma das coisas que eu vejo habitualmente é o seguinte, há muito tempo que as informações médicas, as notas de saída, por ex.: não vai aberto.</p> <p>E20 Porque é sistemático que quando vai fechado tentarem abrir.</p> <p>E20 Portanto a informação, acabam sempre por a ter.</p> <p>E20 Mas esse tipo de informação, não está no âmbito do consentimento informado, é uma informação à posteriori.</p> <p>E21 se o doente obviamente não quer saber,</p> <p>E21 se foge de se confrontar com a verdade usa-se subterfúgios, que, hum... Pausa</p> <p>E20 Lembro-me da informação que tive que dar em certa medida, em termos de consentimento informado, porque era um doente que eventualmente ia fazer uma endoscopia... Hum.... Pausa</p> <p>Broncoscopia e depois uma quimioterapia.</p> <p>Até uma pessoa cujo nome até era conhecido, o T.C, que já morreu, daquela casas de noivas e coisa e tal.</p>
---------------------------	---

<p>♦ DOENTE AUTORIZA</p> <p>♦ FAMILIA N QUER Q SE INF</p>	<p>Já morreu há uns anos. E tinha um cancro do pulmão.</p> <p>Mas ele tinha uma família que além da mulher que era prima direita, tinha cinco filhos, quatro com doenças neurológicas e coisa e tal.</p> <p>Inclusivamente ele perguntou em termos de prognóstico, quanto tempo teria e tudo mais.</p> <p>E eu tive de dispor de certa maneira da sua vida, com o genro que nunca o apoiou muito.</p> <p>E teve que ter as suas coisas distribuídas, por causa disso.</p> <p>E este foi um caso que contei absolutamente tudo.</p> <p>Claro que a mulher quando soube e o genro também soube não gostaram... Pausa</p> <p>Ele ficou um bocado atrapalhado quando eu lhe disse que estatisticamente poderia ser seis meses de vida.</p> <p>Felizmente durou mais.</p> <p>Lá está esse tempo de vida orientou a sua vida de forma a fazer as coisas da maneira melhor possível.</p>
---	---

	<p>E27 e tem o direito de autorizar ou não os vários procedimentos em função da sua situação</p> <p>E29 Muitas vezes a própria família prefere, hum Pausa</p> <p>E29 Pede-nos que não informe o doente.</p> <p>.</p>
<p>RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE NA PRÁTICA CLÍNICA E O C.I</p> <p>♦ DUALIDADE</p>	<p>E16 Há e não há....Pausa</p> <p>E16 Habitualmente, bom... Pausa</p> <p>E17 Pode haver ou não relação.</p>

<p>♦ DÚVIDAS</p>	<p>E23 Não sei.</p> <p>E23 Não sei.</p>
<p>♦ NÃO HÁ RELAÇÃO</p>	<p>E17 A qualidade na prática clinica é mais abrangente do que o consentimento informado.</p> <p>E17 Pode não haver consentimento informado e haver qualidade na prática clínica.</p> <p>E19 Não.</p> <p>E19 Há relação mas na prática não.</p> <p>E22 Acho que não tem relação... hum.Pausa</p> <p>E22 Não é o consentimento informado que vai modificar o acto cirúrgico e a terapêutica</p> <p>E26 Não.</p> <p>E26 Porque acho que a qualidade da prática clinica terá sempre o melhor que o médico possa fazer, quer o doente consinta quer não consinta.</p>

<p>♦ INCERTEZA</p>	<p>E26 Muitas vezes, se calhar com tanta coisa do consentimento informado, há coisas que a gente deveria fazer e não faz por causa do consentimento informado, e vai diminuir logicamente a qualidade.</p> <p>E29 Não.</p> <p>E16 Quer dizer.... Pausa</p> <p>E16 Um indivíduo vai operar e pode pensar encontrar uma coisa e aparece outra coisa.</p> <p>E16 Isto é o doente vai ser operado a uma coisa e é mais extenso. Sabe?</p> <p>E16 E o doente como é?</p> <p>E16 Eu posso dizer vou operá-lo ao intestino, vou tirar um bocado... Pausa</p> <p>E16 Mas chega-se lá e pode-se tirar mais coisas.</p> <p>E16 Por isso não se pode dizer exactamente o que se vai fazer.</p> <p>E16 É uma incógnita.</p>
--------------------	---

<p>♦ SE O DTE SABE O Q TEM</p> <p>♦ MÉDICO TRATAR</p> <p>♦ RELEGIÃO</p> <p>♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DOENTE</p>	<p>E22 Se, se o doente sabe o que tem ... hum. Pausa</p> <p>E22 É um duodeno difícil, que pode haver uma fistula. Vou tentar tratar o melhor que sei.</p> <p>E22 As testemunhas de Jeová vai condicionar, vai condicionar, damos outros fluidos, eritropoetina antes. Condiciona o resultado.</p> <p>.</p> <p>E24 Porque a qualidade do médico e do exercício da medicina passa por uma boa relação para com os doentes</p> <p>E24 e isso passa por saber falar com eles,</p>
---	---

<p>♦ O dte escolher o seu médico</p>	<p>E24 saber explicar as coisas</p> <p>E28Eu acho fundamental o doente poder escolher o seu médico que o vai tratar, com consentimento ou sem.</p> <p>E28 Enquanto o doente chega ao médico porque o conhece ou porque lhe deram boas referências e quer ser operado por ele.</p> <p>E28 Mas com referenciação directa,</p> <p>E28 portanto habitualmente, se o médico é referenciado para tratar aquele doente é porque mostrou qualidades para isso.</p> <p>E28 Assim é evidente que o doente que chega a um sitio vai ter com o médico, é operado por outro que não conhece de lado nenhum.</p> <p>E28 Aqui as coisas podem falhar, não é?</p>
--------------------------------------	---

CONTRIBUIÇÃO DO C.I PARA A HUMANIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA <p>♦ SIM</p>	<p>E16 Sim.</p>

	E16 Isso não há dúvida.
	E17 Sim
	E18 Acho que sim.
	E19 Sim.
	E20 Sim.
	E20 Sim.
	E21 Com certeza,
	E21 sem dúvida.
	E22 Acho que sim.
	E23 Isso acho que sim,
	E23 isso acho que sim,
	E24 Sim,
	E25 Parece que sim.
	E27 Sim. Pausa
	E27 Claro. Pausa

<p>♦ INFORMAÇÃO</p>	<p>E22 Não condiciona a qualidade, mas as expectativas</p> <p>E24 acho que, acho que neste ponto a humanização,</p> <p>E24 a humanização da medicina é fundamental, porque é a forma como se vive as coisas</p> <p>E25 Da mesma forma que com a qualidade pressupõe-se que haja uma certa humanização,</p> <p>E25 como em toda a medicina, a medicina, não deve pensar só nestes moldes</p> <p>E27 É um factor de muita humanidade.</p> <p>E28 Eu acho que a humanização também está de acordo também com a qualidade da prática clínica percebe?</p> <p>E16 Pelo menos as pessoas estão a par do que vai acontecer. Não é?</p> <p>E17 no aspecto que obriga entre aspas ao médico a falar com o doente.</p> <p>E19 Porque acho que as pessoas devem ser informadas...Pausa</p> <p>E19A situação que estão a viver.... pausa</p> <p>E19Devem ser elucidadas do que lhes estão a fazer e do que tem.</p>
---------------------	---

	<p>E20 Quer dizer estarem informados á cerca do que se está a passar.</p> <p>E20 Porque há realmente uma transparência nos processos</p> <p>E22 O doente ao ser informado da doença</p> <p>E22 Entender melhor as expectativas,</p> <p>E22 entender melhor a própria cirurgia e tratamento.</p> <p>E23 É o suficiente quando vamos fazer uma colostomia ou outras situações, as mastectomias são programadas, hum.. Pausa</p> <p>E24 Sem o consentimento informado, saber o que se passa exactamente com ele,</p> <p>E24 ou explicar exactamente o que se vai fazer,</p> <p>E27 Poderão melhorar com o melhor conhecimento da doença e das limitações que isso impõe,</p> <p>E30 Ao explicar aos doentes estes ficam mais receptivos</p> <p>E30 e entendem melhor o que se está a passar.</p>
--	---

<p>♦ RELAÇÃO MÉDICO DOENTE</p>	<p>E17 E haver uma melhor comunicação e relação médico- doente.</p> <p>E18 Porque a comunicação é também humanizar a relação entre o médico e o doente.</p> <p>E22e do que espera de nós, há uma melhor relação.</p> <p>E22 É igual ao carro da oficina.</p> <p>E23 não nos podemos colocar como operadores, como alguns que se manda lá baixo o doente para fazer uma CPRE ou meter um tubo, e não dizem nada.</p> <p>E23 A gente tem que ter uma relação directa,</p> <p>E23 uma relação de empatia ou de confiança para com o doente, não é?</p> <p>E23 Hoje em dia é só as colostomias que acontece na urgência, saber se o doente e vê-se que ele necessita duma colostomia e nem sempre é possível, às vezes conseguimos falar com o doente antes e dizer-lhe que não sabemos bem mas que talvez... . hum ... Pausa</p> <p>E23 Não há o caso do doente, não como antigamente.</p> <p>E23 Mas aqueles que não sabem é muito difícil, o pós operatório, é muito difícil de manusear, se</p>
--------------------------------	---

	<p>a partir daí, hum... Pausa</p> <p>E23 Não há uma informação correcta e o pedido do consentimento informado, a partir de agora tem uma colostomia e a gente precisa de fazer exames para e depois podemos ter a necessidade de voltar a internar, senão a partir daí é fundamental, e ele não... hum</p> <p>E23 Se a partir daí é fundamental, senão o doente não coopera.</p> <p>E24 como se lida com o doente e está relacionado.</p> <p>E26 Há muitos doentes que acham que estamos a duvidar da palavra deles e os obriga a escrever.</p> <p>E26 E isto às vezes cria sempre, algumas dificuldades na relação médico/ doente.</p> <p>E27 Porque faz parte das relações,</p> <p>E27 Mas a relação médico/doente, dos profissionais de saúde é muito importante, hum Pausa</p> <p>E29 Quanto mais informação tiver maior é a relação que temos com o doente.</p>
--	--

♦ Melhor para a família	E20 e portanto os familiares apreciam muito mais... Pausa
♦ DUVIDAS	<p>E22 Não sei se todos os doentes querem saber, o que o doente quer, é que o médico faça à mãe um transplante de cérebro.</p> <p>E24 Humanização?</p> <p>E24 acho que,</p> <p>E24 que ainda, hum.... Pausa</p>
♦ HOTELARIA	E22 Hotéis de luxo é o que querem.
♦ REAÇÕES DOS DOENTES HÁ NÃO INF	E23 Porque muitas depressões que há por aí, após operações, no pós operatório imediato ou em situações de seguimento.

<p>♦ NÃO</p>	<p>E23 Saem muito bem mas depois não foram informados muito convenientemente, convenientemente do que iria fazer quimio ou radioterapia.</p> <p>E23 É informado no dia que entra no serviço e vê uma tabuleta lá em cima e vê um monte de gente que não têm cabelo.</p> <p>E23 E vai conhecer lá um médico muito simpático e estabelece uma relação com ele.</p> <p>E23 Mas sente-se um bocadinho enganado. Porque o enviou antes e já começa com o pé a trás, e, e pronto.</p> <p>E23 Isso justifica grande parte das depressões, que há aí.</p> <p>E26 Não.</p> <p>E26 Também acho que não.</p> <p>E28 Não.</p>
--------------	---

<p>GRAU DE PARTICIPAÇÃO DOS ENF NA INFORMAÇÃO E C.I</p> <p>♦ RESTRITO Á AREA DE ENFERMAGEM</p>	<p>E16 É, é.... Pausa</p> <p>E16 Da parte de enfermagem é as Sr. Enfermeiras que dão.</p> <p>E16 A enfermeira deve participar na parte que lhe toca,</p> <p>E16 que é os cuidados de enfermagem ao doente, que está mais habilitada do que o médico a</p>

<p>♦ QDO S MÉDICOS NÃO TÊM TEMPO INFORMAM</p> <p>♦ AREA SÓ MÉDICA - DIVISÃO DAS TAREFAS/ AREA</p>	<p>tratar dessa parte</p> <p>E17 Só devem participar na informação à cerca dos cuidados que prestam ao doente</p> <p>E30 Os enfermeiros sabem o que se passa,</p> <p>E30 Pelo menos dos actos de enfermagem tem que ser os enfermeiros</p> <p>E18 Mas dado que às vezes não tem tempo, aí os enfermeiros devem colaborar</p> <p>E16E depois há a outra parte, parte clínica ... Pausa</p>
---	---

	<p>E16 Que somente os médicos que poderão dizer o que se está a passar.</p> <p>E16 Só ele é que poderá informar ao doente do que se está a passar e dos exames.</p> <p>E16 E como se processa.</p> <p>E16 Da outra parte tem que ser o médico.</p> <p>E16 Cada um com as suas, seus conhecimentos.... Pausa</p> <p>E16 Transmitir ao doente a parte que lhe toca. Não é?</p> <p>E18 Eu acho que quem tem que fazer o consentimento informado é sobretudo os médicos.</p> <p>E21 As coisas como é obvio, é que o serviço de cirurgia tem que tratar de toda a patologia cirúrgica.</p> <p>E21 Os serviços tem que se departamentizar e tratar de coisas específicas.</p> <p>E25 Acho que deve ser o médico a levar o consentimento informado e à família explicar aos doentes.</p> <p>E26 Mas a obrigação é do médico.</p> <p>E26 Mas isso nunca se faz sem partir do médico</p> <p>E26 e que não tenha que ser o médico em primeiro lugar a esclarecer o doente e a informação da</p>
--	---

MÉDICO	<p>E19 Interligação com os médicos.</p> <p>E19 Uma ligação privilegiada com os médicos.</p> <p>E19 Devem participar conjuntamente com os médicos,</p> <p>E20 Não é possível que a gente possa falar ao mesmo tempo, mas às vezes é possível com a enfermeira responsável.</p> <p>E20 Mas formalmente, normalmente informo a enfermeira e também à enfermeira de uma forma discreta, sei lá?</p> <p>E20 Nós sabemos, que é um HIV positivo e vai ser feito em último tempo, por causa disso.</p> <p>E20 E realmente lá está são informações que a gente dá porque temos conhecimentos da enfermeira que estamos a lidar, não é?</p> <p>E20 Isto porque também pode ajudar até na aceitação de determinados procedimentos, não é?</p> <p>E20 Que podem não ser tão óbvios</p>
--------	---

	<p>E20 Qualquer das formas é para reforçar, que o consentimento informado devia ser o ideal, na altura do consentimento informado a enfermeira tivesse presente.</p> <p>E20 as dificuldades resultam disso e que habitualmente costuma ser ultrapassadas.</p> <p>E20 Porque de uma maneira geral, há um grupo de enfermeiros num serviço, pessoas que estão há mais tempo, que conhecem, a, .. pausa</p> <p>E20 Há até numa camaradagem profissional que é até ultrapassado.</p> <p>E21 Pressupõe obviamente que haja equipas estruturadas.</p> <p>E21 Os enfermeiros podem ter uma actividade muito importante, mas é preciso que se funcione num esquema organizativo completamente diferente.</p> <p>E21 Por exemplo: O apoio dos enfermeiros nos osteomizados é uma coisa crucial.</p> <p>E21 Mas isso têm que funcionar numa equipa estruturada, em que cada um sabe o que é que anda a fazer.</p> <p>E21 É o futuro.</p> <p>E22 Fazem parte da equipa</p> <p>E23 e até eles, são eles que nos chamam à atenção, já disse ao seu doente o que se passa.</p>
--	--

<p>♦ ENF DEVEM PARTICIPAR</p>	<p>E23 Eles não têm os papéis, nós também não, se eles tivessem mais o acesso, talvez, mais integração no trabalho, eles poderiam colaborar muito mais.</p> <p>E27 O enfermeiro na informação e no consentimento informado deve estar sempre inserido num trabalho em equipa,</p> <p>E27 todos trabalhamos para o mesmo fim e se complementam.</p> <p>E27 Se não é um caos.</p> <p>E27 Mas pelo menos nós a informamos à enfermeira do que o doente sabe.</p> <p>E30 Acho que devem participar de tudo tanto quanto o médico.</p> <p>E20 Os enfermeiros devem ter um grau de comparticipação bom,</p> <p>E20 Em relação à participação dos enfermeiros no consentimento informado, lá está! É útil, é necessária.</p> <p>E20 Portanto eu penso que sim, é necessário</p> <p>E21 Os Sr. Enfermeiros podem ter um papel importante, hum... Pausa</p>
-------------------------------	---

	<p>E23 Acho que os enfermeiros agora e cada vez mais colaboram bastante.</p> <p>E23 Acho que devem participar</p> <p>E23 E eles estão atentos a isso.</p> <p>E23 Acho até que deviam colaborar.</p> <p>E24 Acho que tem um papel importante,</p> <p>E24 E acho que muitas vezes o médico fala, vai falar com a pessoa, ainda o médico o possa fazer de uma forma humana,</p> <p>E24 e também tem um papel importante também no apoio continuado aos doentes,</p> <p>E24 e, e com certeza também são questionados pelos doentes sobre a sua situação,</p> <p>E24 e também têm um papel importante a esclarecer os doentes e em, não sei se me estou a explicar bem.</p> <p>E24 Isto é realmente muito importante,</p> <p>E24 eu às vezes passo pelas enfermarias e vejo a forma como elas falam para os doentes,</p> <p>E24 estão mais à vontade para perguntar certas coisas</p> <p>E24 e, e acho que é importante, e nesse sentido acho que é importante o papel do pessoal de</p>
--	---

	<p>enfermagem.</p> <p>E25 Devem participar como já disse atrás.</p> <p>E25 Mas as enfermeiras devem,</p> <p>E25 toda a equipa de enfermagem deve ter a consciência daquilo que se faz, daquilo que pretende e esclarecer o doente.</p> <p>E25 Que quando este não pergunta ao médico, mas pergunta à enfermeira.</p> <p>E26 Acho que podem participar.</p> <p>E26 Os enfermeiros podem esclarecer e informar sempre que o doente tenha dúvidas,</p> <p>E26 estão sempre aptos a esclarecer muitas coisas.</p> <p>E26 Depois é claro que os doentes possam estar mais à vontade com os enfermeiros para lhe esclarecer as dúvidas, lhe pôr dúvidas.</p> <p>E26E será a obrigação do enfermeiro de lhe explicar.</p> <p>E28 Depois disso, a partir do momento em que as coisas estejam estabelecidas eu não acho que haja qualquer tipo de inconveniente que os enfermeiros participem nisso.</p> <p>E29 Fundamental.</p>
--	---

<p>♦ O MÉDICO INFORMA DOENTE</p>	<p>E20 Agora o consentimento pode não ser escrito,</p> <p>E20 porque nós ainda não temos esse habito de termos o consentimento escrito antes do internamento.</p> <p>E20 Acho que isso devia existir, não é?</p> <p>E20 E já há quase vinte anos, houve uma folha aqui neste serviço que foi feita e depois a própria administração deste hospital exigiu que fosse retirado, porque devia passar pelo conselho de administração e ainda há uma folha, folhinhas do consentimento informado e realmente... Pausa</p>
<p>♦ O MÉDICO INFORMA FAMILIA</p>	<p>E20 Dar informações muito breves e muito directa, é o doente que toma conhecimento da sua doença, às vezes a gente diz, não é?</p> <p>E20 Percebemos que o diagnóstico seria um rotulo, não é?</p> <p>E20 Que iria ser negativo em relação à sua aceitação em relação ao seu tratamento. Não é?</p>

<p>♦ HISTÓRIA DE VIDA</p>	<p>E20 Por ex. às vezes temos isto: a família não esta informada, não quer saber Pausa</p> <p>E22 A família nunca conta ao doente, mas a família sabe a verdade crua e nua.</p> <p>E22 Muitos dos nossos doentes não sabem o que tem, mas a família sim.</p> <p>E22 A família muitas vezes exigem-nos que façamos milagres, que façamos um transplante cerebral à mãe.</p> <p>E22 E que todas as instalações sejam de luxo, de hotel de cinco estrelas.</p> <p>E22 É impossível, o mais difícil é a família.</p> <p>E22 Eu sou o primeiro a explicar, o que nós esperamos, um doente do cólon o que espera.</p> <p>E22 Claro que é importante para saber, dar explicações aos doentes e à família.</p> <p>E22 O consentimento informado permite ajudar as expectativas do doente e família.</p> <p>E22 Não é um imposto de selo, mas deve-se dizer às pessoas.</p> <p>E20 como por ex. ... pausa</p>
---------------------------	---

<p>♦ NÃO É FÁCIL</p>	<p>Aqui há pouco tempo aconteceu um caso que realmente, um doente era seropositiva e teve que ser isolada numa sala.</p> <p>Com, com o enfermeiro de serviço que até procedeu bem... Pausa</p> <p>Isolou o doente, explicou ao doente. E a doente mesmo assim não aceitou.</p> <p>Mas isto já foge um bocadinho ao que me perguntou.</p> <p>E22 Quando é pessoal da saúde é mais difícil, o meu antigo director tinha um refluxo e depois sabe sentiu-se mal.</p> <p>Quando soube que poderia ter alguma coisa maligna, chorou, gritou.</p> <p>Fez uma biopsia que veio semi maligna. Mas nós dissemos-lhe que ela era benigna. Ficou todo contente, mas estava todo metastizado.</p> <p>Mas pelo menos não sofreu.</p> <p>A família sempre soube o que ele tinha.</p>
----------------------	--

	.
--	---

DOENTES HS MARIA

<p>SIGNIFICADO DO C.I</p> <p>♦ BOM P/ DTE</p>	<p>E31 - Acho bem. Hum Pausa</p> <p>E31- É bom, melhor para o doente.... hum. Pausa</p> <p>E31 - Porque para se ser bem tratado hum e isso tudo.</p> <p>E33 Sim,</p> <p>E33 Sim,</p> <p>E33 acho que sim,</p> <p>E34 Sim,</p> <p>E34 sim</p> <p>E34 é sempre bom.</p> <p>E36 Sim.</p> <p>E36 Sim,</p> <p>E37 Sim</p> <p>E38 Acho bem,</p> <p>E38 exactamente, acho bem.</p>
--	--

	<p>E38 Estou de acordo.</p> <p>E39Acho bem,</p> <p>E40 Acho bem.</p> <p>E41 Acho bem.</p> <p>E41 Sim,</p> <p>E41 sim,</p> <p>E41 acho bem que...</p> <p>E41 que é bom</p> <p>E42 O consentimento informado em certa e determinadas pessoas acho que sim, deve!</p> <p>E44 Para melhorar o nosso estado de saúde, penso que sim.</p> <p>E45 O consentimento informado é bom,</p> <p>E32 Grande importância,</p>
--	--

<p>♦ GRANDE VALOR</p>	<p>E32 grande valor.</p> <p>E34 Significa muito... hum... Pausa</p> <p>E44 Acho que é importante.</p> <p>E44 Acho que é importante, pois claro.</p>
<p>♦ TER INF</p>	<p>E32 Porque se a pessoa não sabe o que significa uma doença, o medicamento, como deve ser tratado.</p> <p>E33 aqui somos muito bem informados à cerca da nossa doença.</p> <p>E33 Já fui operada várias vezes, mas é a primeira vez que me explicaram</p> <p>E34 É bom estar informado.</p>

	<p>E35 Acho bem que as pessoas saibam...hum..</p> <p>E35 .mas a mim não me explicaram nada</p> <p>E36 têm-me informado.</p> <p>E37 Acho que estou muito bem informada, mas também acho... pausa</p> <p>Parte de cada um.</p> <p>E37 Eu também fiz as perguntas todas que achava que devia fazer.</p> <p>E37 E o médico assim me respondeu.</p> <p>E37 Eu perguntei qual era o meu problema e ele disse-me o que era,</p> <p>E37perguntei como era a operação e ele disse-me que não sabia o que iria encontrar, iria ver.</p> <p>E37 Se era aberta ou com furos, ia ver.</p> <p>E37 A nível da medicação disse-me aquilo que estava a tomar.</p> <p>E37 Esta informação foi muito importante para mim.</p> <p>E37 Porque acho que a partir do momento em que estou sujeita a isto a outra coisa qualquer, eu gosto de estar informada,</p> <p>E37 eu gosto de saber o que me irão fazer, o que me irá acontecer.</p>
--	--

	<p>E37 Até perguntei a duração da operação, logo vê portanto.</p> <p>E37 fiz as perguntas todas.</p> <p>E38 Porque, olhe como tenho tido tantos casos na família e a gente pronto, já sabe.</p> <p>E39 O consentimento informado é estarem-nos a pedir uma opinião</p> <p>E39 O que se passa connosco, com a nossa doença</p> <p>E39 e o que vão fazer.</p> <p>E40 Ter a informação sobre a doença acho bem.</p> <p>E40 Porque dantes morria muita gente sem saber o que tinha, o que era ou deixava de ser.</p> <p>E40 E hoje mais ou menos sabe-se porque é ou porque não foi.</p> <p>E40 Mas de resto muita coisa que não estou por dentro, porque não leio e Graças a Deus não tenho andado por hospitais.</p> <p>E40 Não estou por dentro de muita coisa.</p> <p>E41 para perceber a minha doença</p> <p>E43 É importante olharem para as doenças, para essas coisas todas.</p> <p>E43 As vezes é bom saber.</p>
--	---

<p>♦ BOM ATENDIMENTO</p>	<p>E36 Acho que não tenho razão de queixa, a equipa tem sido muito boa.</p>
<p>♦ DIREITO</p>	<p>E39 porque todo o doente tem o direito a saber o que tem.</p>
<p>♦ REAÇÃO A DÇA</p>	<p>E40 O que é que eu devo achar? Acho mal!</p> <p>E40 Acho mal, mas ninguém pode fazer nada.</p> <p>E40 Acho mal a gente ter a doença.</p>

<p>♦ NÃO QUER DAR OPINIÃO</p>	<p>E40 Porque cada qual dá a sua opinião e eu fíco fora,</p> <p>E40 porque não tenho que meter o meu bedelho e não sei assuntos não vou fazer nada.</p>
<p>♦ ACEITAÇÃO DA INF/ DÇA</p>	<p>E42 Mas há pessoas que não conseguem aceitar.</p>
<p>♦ REAÇÃO Á INF/ DÇA</p>	<p>E42 há pessoas que aceitam</p> <p>E42 e há outras que se vão a baixo com a informação que é dada</p>
<p>♦ DEVE-SE CONHECER O DTE</p>	

	<p>E42 E, e na minha opinião primeiro deve-se estudar a pessoa,</p> <p>E42 ter uma ideia mais ou menos sobre as pessoas,</p>
--	--

AJUDA A ENTENDER A DÇA

♦ SIM

E31 - Sim ,

E32 Muito...

E32 muito....

E33 Sim

E34 Sim,

E36 Sim,

E36 sim,

E36 sim.

E37 Sim.

E38 e acho que sim.

E38 Estou absolutamente de acordo.

E39 Sim,

E39 sim.

E39 Eu acho que sim

	<p>E40 Sim,</p> <p>E41 Sim.</p> <p>E42 Sim,</p> <p>E43 Pois sim.</p> <p>E44 Eu acho que sim.</p> <p>E45 Sim,</p> <p>E45 sim.</p>
--	--

<p>♦ TEM INF</p>	<p>E31 - Tenho todas as doenças, sou transplantada, tenho um tumor, diabetes, tudo...</p> <p>E31 - mas estou esclarecida em relação às minhas dúvidas.</p> <p>E32 Até já posso ajudar as pessoas que têm dúvidas à cerca da doença.</p> <p>E34 Os médicos explicam e ajuda.</p> <p>E34 porque a pessoa percebe a dieta, os medicamentos a tomar, os medicamentos certos.</p> <p>E36 Dizeram-me tudo.</p> <p>E36 Dizeram-me antes da alta e agora o que iriam fazer na operação.</p> <p>E36 Quanto aos medicamentos que irei tomar, não sei só saberei amanhã.</p> <p>E36 E à alta também só saberei amanhã.</p> <p>E36 Não sei, só saberei amanhã.</p> <p>E36 Só sei que amanhã vou ter alta, de resto o médico irá falar amanhã comigo.</p> <p>E38 E de resto estou informada, que posso fazer uma pancrea ou pancreatite ou qualquer nome assim.</p> <p>E38 Por isso de qualquer maneira era melhor operar, são as informações que me deram.</p> <p>E40 eu sabia há muito tempo que tinha pedra na vesícula e a qualquer hora que iria ser incomodada por elas.</p>
------------------	---

<p>♦ GRATIDÃO</p>	<p>E40 Já tive para fazer a operação nos anos 80, mas depois não cheguei a ser. Tenho estado a fugir do marisco que acho que faz mal. A fugir daquilo que acho que faz mal, do outro que faz mal.</p> <p>E40 E assim tenho andado até à data, não me tenho preocupado, mas agora tiveram que fazer barulho, e como tiveram que fazer barulho tive, tiveram que as tirar.</p> <p>E41 Sei o que é.</p> <p>E42 parece segundo os Doutores me disseram, o que não estava nesse estado de perigo de um dia mais tarde e não fosse ia, detectada a tempo,</p> <p>E45 Acho que tenho um problema no meu rim e tenho que ser transplantado.</p> <p>E32 Fiquei muito grata...</p> <p>E32 É a melhor coisa que me aconteceu desde que vim a Portugal</p>
-------------------	--

<p>♦ REAÇÕES À INF</p>	<p>E32 estou confortada,</p> <p>E32 estou confiante e estou bem.</p> <p>E38 Directamente ao doente</p> <p>E38 há o primeiro impacto, com a continuidade</p> <p>E38 É por isso ...isto a vida não há nada que enganar.</p> <p>E38 Ajuda a desenvolver a nossa mentalidade.</p> <p>E38Tenho realmente tido muita porcarias mas acontece a qualquer pessoa</p>
------------------------	---

<ul style="list-style-type: none"> ♦ VISÃO DA SUA DÇA ♦ CONHECIMENTO DA DÇA 	<p>E33 Porque eu entrei com uma coisa e afinal trago...tenho três coisas.</p> <p>E33 O meu caso é muito difícil, complicado.</p> <p>E33 Embora o médico... coitado se esforce... hum... pausa.</p> <p>E33 Ainda hoje se esforçou, ainda ontem também se esforçou.</p> <p>E33 Mas continua a ser complicado,</p> <p>E33 difícil a minha situação.</p> <p>E36 A minha doença é uma massa á volta do útero e tenho apendicite, a vesícula e portanto não é uma são quatro operações.</p> <p>E36 Tenho uma massa liquida que me obriga a usar um penso vinte e quatro horas, porque corria, hum...era um corrimento e saia para fora.</p> <p>E36 Os médicos disseram-me que acusava só aquela massa...Pausa</p> <p>E36 Mas na operação acusou que me estava a apanhar tudo.</p> <p>E38E de vez em enquanto entro em aflição, e tenho aquelas crises e apanha-me as dores nas costas e má</p>
---	--

<p>ÚTIL O C.I</p> <p>♦ SIM</p>	<p>E31 Acho que sim.</p> <p>E32 Muito útil.</p> <p>E33 Acho.</p> <p>E33 É importante os doentes saberem, o que têm</p> <p>E34 Sim.</p> <p>E35 Acho bem,</p> <p>E36 Acho que sim.</p> <p>E37 Acho, bastante.</p> <p>E38 Eu acho útil também para o doente como para a família.</p> <p>E39 Muito útil.</p> <p>E40 Eu acho que sim.</p> <p>E41 Sim, é.</p> <p>E42 Eu acho que sim.</p> <p>E44 Acho.</p> <p>E44 Penso que sim.</p>
---------------------------------------	--

<p>♦ P/ TER INF</p>	<p>E31 Para saber o que tem e o que não tem.</p> <p>E32 Estou informada.</p> <p>E33 O médico já me disse uma vez que a minha situação é grave.</p> <p>E34 A pessoa tem que andar informada.</p> <p>E35 porque a pessoa percebe o que passou, o que não passou, como está, como não está.</p> <p>E35 Acho bem que as pessoas saibam,</p> <p>E35 acho bem que digam às pessoas.</p> <p>E36 Porque assim uma pessoa sabe o que está sofrendo.</p> <p>E36 Porque acho que se a pessoa for informada leva a coisa a melhor.</p> <p>E37 Porque acho que a qualquer pessoa deve de ser feito</p> <p>E37 Muitas vezes as pessoas daquilo que eu oiço... pausa</p> <p>E38 Eu na minha maneira de ser a pessoa ...pausa</p> <p>E38 Mas a pessoa nunca está mentalizada, mas... pausa</p> <p>E38 Acho que viver enganada, não é viver.</p> <p>E39 Porque a gente deve estar sempre a par de tudo o que se passa connosco,</p>
---------------------	--

<p>♦ NÃO TEVE INF</p>	<p>E40 As pessoas tem que saber.</p> <p>E40 Eu também tenho outras coisas, tive um AVC, tive, tenho colesterol muito alto e ainda está, tenho a tensão alta.</p> <p>E40 Mas é isso que eu tenho sentido, a tensão, o colesterol, é, é às vezes falta de forças no corpo, o corpo mole, muito mole.</p> <p>E40 Não sei se foi da trombose ou do que foi.</p> <p>E41 Mas foi importante para mim o Sr Dr.º explicar-me o que eu tenho.</p> <p>E44 E também a sermos informados do que temos e o que nos vai acontecer.</p> <p>E45 as pessoas falando umas com as outras entendem-se.</p> <p>E37 Então porquê? Porque não perguntei.</p>
-----------------------	---

<p>♦ ANALFABETA</p> <p>♦ ACEITAR A DÇA</p> <p>♦ NÃO SABE</p> <p>♦ OLHAR / ATENÇÃO</p>	<p>E36 Sabíamos que era uma cirrose, duvidávamos.</p> <p>E36 Porque nunca nos disseram nada.</p> <p>E41 Mas como lhe disse eu sou analfabeta.</p> <p>E42 Derivado à pessoa que sou, nem todas as pessoas conseguem aceitar</p> <p>E43 Não sei.</p>
---	--

<p>QUEM INF E C.I</p> <p>♦ MÉDICO</p>	<p>E31 - É o médico.</p> <p>E33 Sim, o meu médico.</p> <p>E34 Para mim os médicos.</p> <p>E35 Acho os médicos.</p> <p>E36 Acho que é o próprio médico</p> <p>E36 ou médica.</p> <p>E36 Pronto é o médico que me está a seguir, é que me deve informar, falar com a gente.</p> <p>E37 O médico</p> <p>E39 Em principio deve ser o médico que é a pessoa mais indicada,</p> <p>E39 é a pessoa que poderá explicar melhor a doença que tem.</p> <p>E40 A minha médica, quando eu lá vou.</p> <p>E41 O médico,</p> <p>E42 Mas eu acho mais o médico</p> <p>E43 O médico.</p>
--	--

	<p>E43 Deve ser com certeza o médico, acho que sim.</p> <p>E44 Para já o médico assistente,</p> <p>E44 é os próprios médicos assistentes que temos nas nossas aldeias, que não ligam muito aquilo que a gente lhes diz, aquilo que a gente lhes transmite.</p> <p>E44 A minha sorte foi ter entrado aqui e...e ter-me queixado a um médico particular, teve que ser a pagar, esse médico particular, como tinha aqui, o Dr. TB o pessoal amigo, mandou-me para ele.</p> <p>E44 Mas quando eu vim para ele já tinha feito uns exames a pagar, com o meu médico,</p> <p>E44 a minha médica de família nunca se interessou muito por isto.</p> <p>E44 A médica é que muitas vezes se esteve borrifando, para aquilo que eu estava a dizer!</p> <p>E44 Entra a cem num ouvido e saí a duzentos no outro.</p> <p>E44 O problema é esse.</p> <p>E45 Para mim os Doutores.</p> <p>E45 É ele que me vai operar.</p>
--	---

<p>♦ MÉDICOS E ENF</p>	<p>E32 Os médicos e os enfermeiros.</p> <p>E34 Para mim em primeiro lugar os médicos e a seguir os enfermeiros</p> <p>E38 O acompanhamento com uma boa enfermeira, uma boa assistente que nos saiba informar como deve ser, nos prós e contras.</p> <p>E38 Que saiba das doenças.</p> <p>E42 O médico com a enfermagem.</p> <p>E44 É o médico,</p> <p>E44 Será o médico, é a pessoa mais indicada</p>
<p>♦ DÚVIDA</p>	<p>E33 Será o meu médico, não é?</p> <p>E38 É um bocado difícil.</p> <p>E41 não é?</p>

<p>♦ RESULTADOS DA FALTA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA</p>	<p>E44 E depois o que é que acontece, há mais dispêndio à caixa,</p> <p>E44 o doente sofre mais e o doente acaba com a saúde que devia ter.</p> <p>E44 Eu sinto que aqui para a frente, que não vou ser a mesma pessoa.</p> <p>E44 Se fosse operado aqui à 10 anos a trás, quando me comecei a queixar.</p> <p>E44 Portanto quando cheguei aqui o meu médico disse:</p> <p>“ Nós já sabemos o que você tem, agora vai fazer mais estes exames para confirmar ao certo e no fim deter os exames, é que me mandou internar.</p> <p>E44 Mandou-me internar, mandou-me operar e realmente bateu tudo certo.</p> <p>E44 Bateu tudo certo...pausa</p>
--	--

<p>PARTICIPAÇÃO NA DECISÃO MÉDICA</p> <p>♦ SIM</p>	<p>E31 - Acho que sim.</p> <p>E31 Sim,</p> <p>E31 sim...Pausa</p> <p>E32 Sim,</p> <p>E35 Sim...Pausa</p> <p>E39 Penso que sim.</p> <p>E39 Sobre os tratamentos e isso.</p> <p>E39 Acho que sim.</p> <p>E42 Sim,</p> <p>E42 acho que sim.</p> <p>E45 Sim,</p>
---	--

<p>♦ P/ SABER / INF</p>	<p>E31 - Para saber tudo o que se passa comigo.</p> <p>E31 - Para saber tudo o que se passa.</p> <p>E31 Para saber como se passam as coisas.</p> <p>E32 Mas gostava muito de participar no que me vão fazer... acha que posso?</p> <p>E35 Porque...hum.... para saber mais claro o que vai ser feito.</p> <p>E42 Porque normalmente nós gostamos de saber o que é</p> <p>E42 , o que se passa connosco</p> <p>E42 ou com os nossos familiares.</p> <p>E45 Há médicos que não explicam aos doentes o que é que se está a passar.</p> <p>E45 E, e pronto, o trabalho que foi feito e o que fizeram e o doente deve estar ao corrente de tudo o que se passou.</p> <p>E45 em tudo.</p>
-------------------------	---

<p>♦ HISTORIA DE VIDA</p>	<p>E32 porque eu acho que nasci para ser enfermeira, mas não fui porque não tinha posses</p>
<p>♦ NÃO</p>	<p>E33 Não.</p> <p>E34 Não,</p> <p>E37 Eu? Não.</p> <p>E41 Não,</p> <p>E43 Não,</p> <p>E44 Participar?</p> <p>E44 Não,</p> <p>E44 não,</p> <p>E44 não,</p>

<p>♦ DECISÃO MÉDICA</p>	<p>E44 acho que não.</p> <p>E33 Os médicos é que estudaram, foi para isso que estudaram.</p> <p>E34 isso é com os médicos.</p> <p>E37 Se eu sou auxiliar educativa tenho a minha profissão, se o médico tem a sua profissão, quem sou eu para discordar do que ele irá fazer? Não é?</p> <p>E37 Que é para o meu bem estar.</p> <p>E38 Ou aceita ou deixa o médico.</p> <p>E38 Não sou muito de opiniões,</p> <p>E38 sou um bocado difícil,</p> <p>E38 acho que eles como médicos é que devem saber melhor.</p>
-------------------------	---

<p>♦ IGNORÂNCIA</p>	<p>E38 Eu sou difícil de dar uma opinião,</p> <p>E38 que acho que não sei se estou a dizer bem ou mal.</p> <p>E38 Portanto eu confio a 100% neles.</p> <p>E40 A gente está no hábito quando a gente vai à doctora e ela é que decide,</p> <p>E40 o Dr passa um remédio e sara.</p> <p>Se não sara voltamos lá, porque não sarou e torna a dar até ver se sara.</p> <p>Não se para até sarar, se não sara vamos de charola.</p> <p>E40 Oh! menina quem sabe são os médicos.</p> <p>E44 só o médico é que tem que avaliar se o doente precisa de ser operado,</p> <p>E44 se não precisa de ser operado,</p> <p>E44 se tem que fazer um tratamento.</p> <p>E33 Para ignorante chego eu!</p>
---------------------	--

<p>♦ REAÇÕES À DÇA</p> <p>♦ DÚVIDA</p> <p>♦ ANALFABETA</p> <p>♦ CONFIANÇA NO MÉDICO</p>	<p>E39 Têm que haver opiniões compartilhadas, vamos assim dizer</p> <p>E39 Nem sempre as pessoas estão dispostas, umas a lutar outras a não lutar.</p> <p>E40 Não sei.</p> <p>E45 talvez,</p> <p>E41 porque sou analfabeta.</p> <p>E43 porque confio no médico</p>
---	--

<p>COMO FOI TRANSMITIDA A INF</p> <p>♦ MÉDICO</p>	<p>E31 Pelo meu médico....</p> <p>E32 Pela Dr.^a I. C.. hum pausa</p> <p>E33 Agora o meu médico diz-me que está tudo bem.</p> <p>E37 O meu médico</p> <p>E38 Foi transmitido precisamente através da urgência que eu fui.</p> <p>E38 Vim à urgência e uma médica disse.</p> <p>E39 A minha médica de família,</p> <p>E39 O médico quando vim á consulta</p> <p>E40 Como eu digo pelo médico.</p> <p>E41 Tive uma consulta e mandaram-me chamar.. hum pausa</p> <p>E42 E depois a médica entrou em pânico, foi logo á procura do meu médico assistente no hospital.</p> <p>E42 E nesse aspecto foi muito simpática e o meu médico assistente tratou logo do assunto</p>
--	--

<p>♦ HISTÓRIA DE VIDA</p>	<p>E31 - Hum... primeiro foi a diabetes...hum Pausa</p> <p>Hum... Estava com diabetes...</p> <p>Depois foi o transplante dos rins...hum Pausa</p> <p>E agora á coisa de um ano foi o tumor.</p> <p>E32 Foi transmitida sexualmente</p> <p>E33 Eu queixava-me com dores e os médicos chegaram à conclusão que não havia medicamentos para mim.</p> <p>E33 Tinha um tumor escondido, muito bem escondido.</p> <p>E35 Foi o médico do posto que disse que estava mal e para ir o mais rápido possível para o hospital.</p> <p>E35 Fez-me uma carta para ser internada.</p> <p>E38 Que eu estava a fazer uma perionite ou pancreatite, qualquer coisa que estava a fazer pedra na vesícula e eu não sabia, não sabia.</p> <p>E38 Mas enrolaram-me ali.</p> <p>E38 E no outro dia eu estabilizei e mandaram-me vir no outro dia se não melhorasse.</p> <p>E38 Como não melhorei, vim no outro dia, até me disseram que as análises estavam melhores e</p>
---------------------------	--

	<p>encaminharam-me para a médica de família.</p> <p>E38 O meu médico de família é uma pessoa bastante lenta, não digo que não seja simpática, mas é o deixa andar, ela disse-me:</p> <p>“ A Sr.^a tem realmente pedra na vesícula vamos fazer os exames, o que estamos à espera de uma crise.</p> <p>E38 Só que quando eu tenho uma crise, encolho-me em casa e é muito raro ir ao médico.</p> <p>E38 Só numa aflição e foi assim que descobriram que tinha pedra na vesícula.</p> <p>E44 Portanto uma pessoa que seja empregada em Portugal, seja em Portugal, na sua área de residência, todos os dias essa pessoa tem que ter um tratamento. Uma pessoa que só está na área de residência que só está de 10 em 10 dias tem que ter outro tipo de tratamento.</p> <p>E44 Não pode ser a médica a marcar as consultas, mas sim o doente, a pedir a consulta á médica.</p> <p>E44 E a médica não aceitava isso, a médica dizia-me:</p> <p>“ Olhe venha no dia 23”</p> <p>Ao que lhe respondia que era camionista internacional, nesse dia estava na Alemanha, não vinha de avião para vir à consulta.</p>
--	---

	<p>Depois quando cá chegava no dia 24, ou 25 ou 26 vinha para ter consulta e ela já não me atendia, não me queria consultar.</p> <p>E44 Eu sou um caso, eu por exemplo estive internado 18 dias em França, o próprio médico deu o número de telefone dele, o próprio médico deu o número de telefone dele...</p> <p>Estes elementos estão no dossier do internamento que estive em França.</p> <p>Eu por acaso sei falar bem Francês, eu metia as rodas do camião em França, telefonava-lhe par o médico, que era o Dr. T, olhe eu já estou aqui em França em Tolouse e ele respondia-me quando está em Lile, e...e eu respondia-lhe que estava em Lile amanhã de manhã à primeira hora.</p> <p>Então pronto amanhã à primeira hora estou aqui em Lile e ele lá estava para me consultar.</p> <p>E ele lá estava e consultava-me.</p> <p>Só que infelizmente ele também não descobriu, eu queixava-me...hum pausa</p> <p>Fez-me centenas de exames e nunca conseguiu detectar o meu problema.</p>
--	---

<p>♦ SOFRIMENTO</p>	<p>E31 Foi tudo de seguida, foi um grande sofrimento.</p> <p>E33 Mas como sabe o meu caso, é muito difícil.</p>
<p>♦ FORMA DE COMUNICAÇÃO</p>	<p>INF/</p> <p>E32 Deu-me uma carta fechada para dar ao Dr. F. A e depois disse-me a informação tal e qual e pronto...</p> <p>E32 De uma forma abrupta.</p> <p>E33 Um bocado antes da operação, explicou-me.</p> <p>E34 Foi normalmente</p> <p>E34 No meu caso o rim... o rim estava... mirou e o médico disse-me que tinha que fazer hemodiálise, porque o rim ia parar.</p> <p>E33 A mim... foi-me transmitida...hum...Pausa</p> <p>E34 Foi... hum. Pausa</p>
<p>♦ INF</p>	<p>E36 Fui à minha médica de família que me fez os exames ao peito.</p> <p>E36 Os exames ao peito e à barriga.</p>

	<p>E36 No peito não tinha nada, mas na barriga acusou dois miomas, daí fui à minha médica de família. Pausa</p> <p>E36 A minha médica de família mandou para eu ir ara aqui, uma credencial para enviar para aqui, para ser operada aqui.</p> <p>E37 explicou-me ou vou abri-la ou só coloco-lhe dois furinhos e opero-a</p> <p>E37 e eu percebi.</p> <p>E37 Está no entender deve pausa</p> <p>E37 Ele não me vai deixar de operar só pelos furinhos.</p> <p>E38 “A Sr.^a está em perigo, tem que ser operada, se for uma ou duas crises a gente deixava passar, mas a Sr tem muitas e estão sujeitas a se deslocarem, que são essas crises que tem. Portanto é melhor tirar.”</p> <p>E38 De maneira que foi por isso que ma tiraram.</p> <p>E39 que me disse que era uma coisa simples, mas...mas, queixei-me e ela disse que era isso.</p> <p>E39 também disse o mesmo, que a vesícula tinha que ser retirada</p> <p>E40 Tiraram-me radiografias e ...e viu o que tinha e depois nada, nada não.</p> <p>E40 No Porto onde eu moro as enfermeiras enviaram-me para uma consulta para o Hospital de Santa Maria para a cirurgia.</p>
--	--

	<p>E40 Marquei-a e tenho estado á espera.</p> <p>E40 Mas quando a gente fica na fila de espera, leva muito tempo.</p> <p>E40 E entretanto surgiu-me isto de repente. Estas dores, estas dores de barriga e eu ficar mal.</p> <p>E40 Resolvi vir às urgências do Santa Maria para ver o que era e o é que dava.</p> <p>E40 Na urgência tiraram-me a análise e disseram-me que eram pedras na vesícula e que tinha que ficar internada.</p> <p>E41 E explicaram-me o que tinha, tinha pedras ou pedrões na vesícula.</p> <p>E42 Foi transmitido assim de uma forma um bocado complicada,</p> <p>E42 E então pensamos em fazer o exame, mas não contávamos com o que surgiu.</p> <p>E42 Transmitiram-me a informação de que eu tinha um cancro já bastante adiantado e que tinha que ser retirado, já imediatamente.</p> <p>E42 Foi só!</p> <p>E42 Depois tiraram-me um bocadinho para a biopsia, para a biopsia</p> <p>E42 E passado pouco tempo, deram-me logo o resultado da biopsia.</p> <p>E44 Provavelmente esta doença que eu tenho hoje, possivelmente se fosse há uns anos a trás poderia-se ter</p>
--	--

	<p>evitado a operação.</p> <p>E44 Era capaz de se ter evitado a operação.</p> <p>E44 Só que o problema é que a médica não se interessou pelos doentes,</p> <p>E44 primeiras vezes que me queixei, isto foi degradando e depois comecei a ter medo da médica,</p> <p>E44 juro que comecei a ter medo da medica.</p> <p>E44 Sinceramente juro que comecei a ter medo da medica.</p> <p>E44 A médica começou-me depois a dizer então os comprimidos não fazem bem?</p> <p>E44 Sempre aqui a gente começa a ficar farto também.</p> <p>E44 O único médico que conseguiu detectar o meu problema foi o Dr. B, particular a pagar, cheguei lá a queixar-me e ele disse-me já sei o que tem.</p> <p>E44 Você tem uma estenose, mas quero fazer mais um exame para ter a certeza e depois fez os outros e mandou-me vir ao Cartaxo para fazer os outros exames, eu fui ao Cartaxo e depois disse-me está descoberto o que você tem, e agora não o posso operar, vou mandá-lo para Lisboa para o Hospital de Santa Maria, vai ter com o Dr. TB que o vai encaminhar para a operação.</p> <p>E44 E foi, foram cinco estrelas.</p>
--	---

	<p>E44 Pronto o médico para mim já sabia o que é que tinha, no fundo não sabia tudo, tudo o que tinha, o médico chegou-se ao pé de mim...</p> <p>E44 Eu também lhe disse que não valia a pena esconder-me a doença, eu tenho uma extrema confiança nele E44 e acho que ele não me está a mentir em nada.</p> <p>Penso eu, não sei?</p> <p>E44 Pode haver também alguma coisa e o doente não é obrigado a saber tudo.</p> <p>E44 Hum, mas o Dr. T.B disse quando me mandava operar, mandou-me fazer um exame à vesícula e acusou pedras, não sei quantas.</p> <p>E44 E o Dr. T.B antes de operar disse-me, vamos operá-lo à estenose e vamos operá-lo também à vesícula, vamos retirar a vesícula, não lhe prometo nada, mas... hum pausa</p> <p>E44 Eles operaram-me no fim quando estive aqui na cama ele disse-me afinal de contas operamo-te mas não tocamos na vesícula, porque ele estava boa, se estava boa não íamos tirar um órgão que estava em boas condições... pausa</p> <p>A única coisa era a estenose que estava ...hum...a começar a fazer uma pancreatite, porque estava a começar a inchar e a abrir o pâncreas.</p>
--	--

	<p>E44 Disse-me que tinha visto tudo e estava tudo bem. Está tudo a ficar bom.</p> <p>E44 Eu disse o Dr. é que sabe, eu estou muito confiante, muito contente, acho que não me está a mentir.</p> <p>E44 Porque se ele me disser que é uma doença que isto é ...hum</p> <p>E44 Ele não é culpado, só é culpado se me estiver a mentir.</p> <p>E44 Porque há pessoas que não gostam de saber, de receber de chofre o tipo de doença que tem.</p> <p>E44 Mas eu não me importo, porque ele não é o culpado.</p> <p>E44 Ele não é o culpado, ele fez o que pode.</p> <p>E44 Eu tenho muita consideração por ele.</p> <p>E44 Ele tem sido incansável.</p> <p>E44 Agora ficarei um bocado ofendido com ele se ele realmente me andar a esconder alguma coisa., mas eu penso que não.</p> <p>E45 Quando vim para cá já sabia o que vinha fazer.</p> <p>E45 E depois cheguei cá e fui transplantado e agora está a decorrer normalmente</p>
--	--

<p>♦ TIPO DE DOENTE</p>	<p>E33 Eu sou muito nervosa e não percebi o que ele me disse.</p> <p>E33 Eu sou muito nervosa e não percebi o que ele me disse.</p>
<p>♦ FAMÍLIA</p>	<p>E33 Eu entrei de sexta para sábado e falou com o meu marido...hum...pausa</p>
<p>♦ NÃO FOI TRANSMITIDA INF</p>	<p>E35 Não foi.</p> <p>E35 E aqui estou à espera que me digam alguma coisa.</p> <p>E35 Pois eu vou ser operada amanhã.</p> <p>E43 Só sei explicar que fui para aqui para uma consulta e fui logo cortada imediatamente.</p> <p>E43 Foi logo imediatamente aquilo não demorou mais de duas horas, a fazer análises, aquelas coisas todas,</p>

<p>♦ SINTOMAS</p>	<p>não demorou duas horas.</p> <p>E43 E eu a não fazer conta de ser cortada.</p> <p>E43 É isto mas está a correr bem, espero bem que sim.</p> <p>E36 Eu tinha sintoma</p> <p>E36 e depois eu sou macaquinha, eu tinha um problema no peito,</p> <p>E36 sabe uma prima também tinha o mesmo problema no peito</p> <p>E36 e eu fiquei preocupada.</p> <p>E41 Foram as dores que me deu.</p> <p>E42 porque eu comecei a deitar sangue pelas fezes, aconteceu uma vez.</p> <p>E45 Portanto, a minha doença eu praticamente já sabia a doença que tinha.</p>
-------------------	--

<p>♦ TELEFONE</p>	<p>E45 Portanto foi-me transmitido através do telefone que vinha fazer um transplante.</p>
<p>♦ ACEITAÇÃO</p>	<p>E42 Mas de qualquer maneira teve que ser.</p>
<p>♦ CADA DTE É UM CASO</p>	<p>E44 Isto, a gente, tem que se medir as situações dos doentes, cada caso é um caso.</p>

	E44 E depois ainda há outra coisa, eu como sou camionista, cada pessoa o seu tratamento.
--	--

	<p>E34 Acho bem,</p> <p>E35 Acho que sim,</p> <p>E35 acho que sim</p> <p>E37 Deve.</p> <p>E39 É como eu disse o principal interessado em saber o que se passa consigo próprio é o próprio doente</p> <p>E40 Eu acho bem</p> <p>E41 Sim.</p> <p>E43 Acho que sim</p> <p>E45 Acho que devem ser informados, porque, porque...hum...Pausa</p> <p>.</p> <p>E38 Eu à primeira vista não, sou talvez muito directa.</p> <p>E38 Mas depois com o tempo sou.</p> <p>E38 Eu no meu caso a primeira vez no inicio diria que não.</p>
--	--

<p>♦ DUALIDADE</p>	<p>E38 Mas depois com o desenrolar sim. Que devia ser informada.</p> <p>E44 Quer dizer, eu só gostaria de ter acesso se fosse uma coisa perigosa.</p> <p>E44 Se não fosse estou-me nas tintas.</p>
<p>♦ ACEITAÇÃO DA DÇA OU NÃO P/ DTE</p>	<p>E42 Depende da aceitação da pessoa,</p> <p>E42 há pessoas que gostam de saber e aceitam</p> <p>E42 e há outras que não conseguem aceitar.</p> <p>E42 E as que não conseguem aceitar, acho que é melhor não saber</p> <p>E44 Eu não sou burro tenho isto há 17 anos e sei como são as coisas.</p>

♦ DIREITO	E39 Acho que tem o direito de saber.
♦ BOM TER INF	<p>E32 Acho que é bom ter acesso.</p> <p>E33 Eu preferia saber.</p> <p>E35 Pelo menos a gente sabe ao que veio.</p> <p>E35 Mas fica a saber o que a espera,</p> <p>E35 o que vamos passar,</p> <p>E35 o que vai acontecer quando sairmos daqui.</p> <p>E35 A pessoa não se deve matar.</p> <p>E36 Acho que todo o doente devia estar a par disso, devia estar a par.</p> <p>E36 Para a pessoa estar informada.</p> <p>E36 Ainda hoje perguntei á minha médica.</p> <p>“ Dr.^a o meu problema é canceroso?”</p> <p>E36 Respondeu-me ele que não é, mas ainda não sabemos o resultado do exame.</p>

	<p>E36 Nós devemos estar informados para saber o que é que temos,</p> <p>E36 para orientarmos a nossa vida, para certas coisas.</p> <p>E37 Não deve ser enganado, nunca!</p> <p>E37 Nunca,</p> <p>E37 A pessoa ter essa informação, para também lidar com a situação.</p> <p>E37 E também há casos que as pessoas ganham uma coragem que nunca tiveram na vida e conseguem superar, mesmo sabendo, sabendo que tem poucos meses de vida, que é gravíssima.</p> <p>E37 Eu acho que não deve ser encoberto.</p> <p>E40 eles terem a informação,</p> <p>E40 porque devem saber o que têm</p> <p>E41 Para saberem o que tem</p> <p>E43 que se deve informá-los,</p> <p>E43 para saberem o que é que se passa.</p> <p>E45 Se eu tiver uma doença ruim e os médicos souberem e não me contarem , eu mais tarde venho a saber e não fico muito satisfeito.</p>
--	---

<p>♦ INF MÉDICA</p>	<p>E34 gosto que me digam o que tenho.</p> <p>E34 e agora acho que a pessoa devia saber logo o que tem</p> <p>E34 e os médicos em geral dizem logo,</p> <p>E34 não escondem.</p>
<p>♦ REAÇÕES Á INF</p>	<p>E37 é difícil, passei por isso e espero nunca vir a passar.</p> <p>E37 Deve ser muito difícil.</p> <p>E37 Deve ser uma reacção difícil,</p> <p>E37 uma reacção horrível,</p> <p>E37 um período muito difícil.</p> <p>E37 Mas a gente adapta-se a tudo.</p>

<p>♦ FAMÍLIA</p> <p>♦ REAÇÕES DA FAMÍLIA À INF</p>	<p>E37 E há uma adaptação, que até acho que pode ser muito boa.</p> <p>E38 Porque hoje em dia temos que encara a vida como ele é e temos que a aceitar e ter força para a aceitar.</p> <p>Se a gente souber o que tem , que sei lá, a gente julga que sim.</p> <p>E38 A gente pode pensar de uma maneira mas depois é isso o que eu penso.</p> <p>E42 , porque entram em pânico</p> <p>E42 e depois sofrem eles muito mais</p> <p>E41 e a família começam-se a preparar que o doente vai morrer</p> <p>E42 e sofre a família.</p>
--	---

♦ A FUNÇÃO É TRATAR	E43 A função deles é tratar deles, quando estão doentes, quando podem ,é assim mesmo.
---------------------	---

<p>QUER TODA A INFORMAÇÃO ♦ QUERO</p>	<p>E31 Eu cá quero,</p> <p>E31 quero.</p> <p>E32 Sim senhora.</p> <p>E33 Sim,</p> <p>E33 é o que eu mais quero.</p> <p>E34 Sim.</p> <p>E35 Acho que sim.</p> <p>E35 Porque eu quero saber,</p> <p>E36 Acho que sim.</p> <p>E37 Sim,</p> <p>E37 sim.</p> <p>E37 Completamente.</p> <p>E38 Sim.</p> <p>E39 Sim,</p> <p>E39 sim.</p>
--	---

	<p>E34 Gosto de saber.</p> <p>E34 E o meu médico esclareceu-me de tudo,</p> <p>E34 é bom saber.</p> <p>E36 Para estar informada.</p> <p>E39 E tenho.</p> <p>E41 saber o que é que eu tenho.</p> <p>E45 Porque gosto de saber como é que estou, se tenho alguma doença mais grave ou outra coisa qualquer.</p> <p>E45 Acho bem que os médicos me informem, me contem.</p> <p>E45 Porque é que estão dentro do meu quadro clínico sabem as doenças que eu tenho, se eu tenho mais alguma.</p> <p>E45 Se eu tivesse acho bem que me dissessem.</p>
--	---

♦ FAMILIA	E32 com a minha família, como me cuidar, como me defender...
	E32 e também para me cuidarem.
♦ PREVENÇÃO	E32 Tenho dois filhos homens, têm que saber para se proteger
«	
♦ DÚVIDAS – DESCONHECEM	E33 Eles abriram-me a barriga e poderiam ter dito o que encontraram. Acho eu?
	E33 Eles abriram e limparam tudo. Acho eu?
	E33 Mas já não sei.
♦ NÃO TEM INF E QUEREM TER	E35 quero saber de tudo como é ou como não é.
	E35 É a minha vida.
	E35 Se for má não quero saber, se for boa quero saber.
	E35 Vou ser operada e quero saber.

<p>♦ REAÇÃO Á INF</p>	<p>E43 Só sei que fui operada, a quê não sei.</p> <p>E38 A gente também vive a vida para quê?</p> <p>E38 A vida não tem interesse, estou farta, não quero viver.</p> <p>E38 Eu já não queria viver, era um descanso, eu sei, eu sei... pausa</p> <p>E38 Eu não tenho medo,</p> <p>E38 todos os anos tenho uma doença ou são as mãos ou os pés ou porque é um tumor que é maligno.</p> <p>E38 E fui saber o resultado sozinha, tive várias coisas.</p> <p>E38 Eu tenho coragem.</p> <p>E38 Tenho a minha família...</p> <p>E38 Infelizmente o meu pai acamado há oito anos, sei o que isso é.</p> <p>E38 Tenho tido muitas coisas, é por isso que eu digo a gente tem que as encara.</p>
-----------------------	---

<p>♦ HISTÓRIA DE VIDA</p>	<p>E38 Eu não sei não há motivo para viver.</p> <p>E38 A doença às vezes vem porque tem que vir.</p> <p>E38 Eu já tive um sinal maligno e eu disse que já sabia que o tinha, foi horrível.</p> <p>E38 Desculpe lá.</p> <p>E41 Para descansar</p> <p>E44 E quando a vestes se lhes dizem que tem uma doença incurável, se calhar ainda os vão prejudicar mais.</p> <p>E44 Então se andarem enganados com a doença, se for uma doença dessas, por um lado é capaz de ser bom.</p> <p>E40 Afinal, o meu falecido marido teve um cancro na garganta e esteve muito doente, andou muito mal com aquilo.</p> <p>E40 E os médicos andaram muito tempo sem dizerem o que era.</p> <p>E40 Mas houve uma altura em que disseram a ele e às irmãs, mas a mim não.</p>
---------------------------	--

	<p>E40 E eu sabia que ele sabia que é que ele tinha, só porque eu não sabia.</p> <p>E40 Mas não sabia que ele estava a morrer tão depressa.</p> <p>Eu então uma vez fui com ele ao hospital, aqui em santa Maria e ele morreu cá.</p> <p>Teve muito mal, muito mal e depois o Doutor.... pausa</p> <p>Já tinha falado com as minhas cunhadas de que ele ia morrer. Porque a doença não era boa e que iria morrer.</p> <p>Mas não aprofundei o assunto e depois como fui ao médico e pedir que me explica-se e o médico disse-me que ele iria morrer, que tinha um mal que não tem cura e iria morrer, eu já estava triste, fiquei mais.</p> <p>Depois ele veio comigo para casa. Não conseguia comer, não passava nada pela garganta, não se alimentava e teve assim mais alguns dias, ficou muito doente e queria fugir de casa.</p> <p>E fui ter com o Doutor e disse-lhe o que se passava com o meu marido.</p> <p>Trouxe-o cá, receitaram-lhe outro remédio para acalmar, ou o que é. Pô-lo a soro mesmo em casa, tomou aquele remédio e a partir daí ficou mais calmo, mais sossegado.</p> <p>Depois voltou a ficar mais desastinado, mais inquieto, com medo de estar em casa, da sombra, via macacos que dizia que andavam a trás dele.</p>
--	--

<p>PARTICIPAÇÃO DO ENF</p> <p>♦ AJUDA/ APOIO</p>	<p>E31 - Acho que o enfermeiro também ajuda muito... hum Pausa</p> <p>E31A....a dar apoio.</p> <p>E31Estou há três meses aqui e as enfermeiras ajudam</p> <p>E36 e...e apoiar os doentes sempre que for preciso.</p> <p>E36 Tudo o que possam fazer de ajuda.</p> <p>E41 ajudarem-nos quando estivermos com os nervos,</p> <p>E43 E olharem por elas, pelos doentes.</p>
---	--

<p>♦ INF ENFERMEIROS</p>	<p>E31 a dizer o que se pode ou não posso,</p> <p>E31 o que se deve fazer ou não se deve fazer.</p> <p>E32 Os enfermeiros devem informar muito bem.</p> <p>E32 As doentes das informações que eles precisam.</p> <p>E34 Deve ser normal, devem informar.</p> <p>E34 Os enfermeiros devem informar, não é isso que querem?</p> <p>E34 Uma pessoa tem uma doença, os enfermeiros também devem informar sobre isso, o que tem, o que não tem, o que deve fazer.</p> <p>E35 Se eles sabem mexer no que temos e tratar de nós, também sabem o que temos,</p> <p>E35 por isso também devem explicar-nos tudo.</p> <p>E37 Portanto acho que eles devem estar informados da situação do doente em todos os aspectos.</p> <p>E41 Falar com os doentes,</p> <p>E43 Devem informar em tudo o que for preciso.</p> <p>E43 Informar as pessoas como deve ser.</p> <p>E43 Que é a coisa melhor.</p>
--------------------------	---

<p>♦ Não podem informar</p>	<p>E39. Eu acho que por vezes informam pouco,</p> <p>E39 porque não tem o consentimento dos médicos.</p> <p>E39 Ou talvez porque não se querem suplantar aos médicos, passar à frente, eu não sei.</p> <p>E39 A gente pede informação ao enfermeiro e este diz que o médico é que sabe.</p> <p>E39 Agora realmente não sei se não podem dizer,</p> <p>E39 se...se estão a salvar a eles próprios, pronto!</p> <p>E39 Talvez por uma reacção que o doente está a ter, não ser menos boa.</p>
-----------------------------	---

<p>♦ NÃO PARTICIPAÇÃO DOS ENF</p>	<p>E33 Os enfermeiros, os enfermeiros... hum pausa</p> <p>E33 Acho que é para os médicos.</p> <p>E33 Isso é para os médicos, não para elas.</p> <p>E37 É assim os enfermeiros, devem tentar saber pelo medico o que se passa.</p> <p>E37 Desde que o médico fale, o enfermeiro poderá não falar.</p> <p>E37 Desde que a pessoa esteja informada, como é no meu caso, falei com o médico, não vou perguntar ao enfermeiro, não é?</p> <p>E37Porque já sei!</p> <p>E38 Acho que devia ser o médico.</p> <p>E38 E acho que devia ser o médico a informar, nunca tive ninguém por detrás, não é?</p> <p>E34 Tal como os médicos também tem esse direito.</p> <p>E42 Eu acho na minha opinião que sabe mais o médico que a enfermeira.</p> <p>E42 Quem sabe é o meu médico assistente, está mais dentro do assunto.</p> <p>E44 Eu acho, penso, que não é a função dos enfermeiros nos darem informações,</p>
-----------------------------------	---

<p>♦ TRABALHO EM EQUIPA</p>	<p>E45 E por outro lado para saberem também o tratamento que os doentes devem de levar e como devem funcionar a cirurgia para eles.</p> <p>E40 Tanto faz enfermeiras como doutores, acho que sim.</p> <p>E36 É tratar bem dos doentes</p> <p>E36 e é também tratar bem dos doentes</p>
-----------------------------	--

<p>♦ ENFS TRATAR</p>	<p>E37 Porque eles é que depois nos vêm tratar, não é?</p> <p>E37 Mas tem que estar enteirado para depois cuidar do doente, não é?</p> <p>E41 tratar da gente.</p> <p>E45 Eu acho que também os enfermeiros devem estar ao corrente para tratarem dos doentes, não é?</p>
<p>♦ OS DTES N. INF</p>	<p>E37 Porque, há muitas vezes que o doente nem sabe entender as coisas e depois diz : “ eu não sabia disso, o médico não me disse.”</p> <p>E37 Agora em relação a nós, está no critério deles se quiserem saber.</p>
<p>♦ REAÇÃO À DÇA</p>	<p>E38 Mas também, graças a Deus só tive este problema do sinal.</p>

	<p>tenho lá em casa para fazer xixi.</p> <p>Depois olhe também veio para aqui e esteve muitos meses internado, eu vinha cá todos os meses. Fez agora quatro anos, vinha todos os dias e no final também morreu.</p> <p>Os médicos já não podiam fazer mais nada. A médica, hum... eram dois, um médico e uma médica que trabalhavam em conjunto.</p> <p>A médica ainda fez uns cortes lá por dentro para desbastar a próstata, aquilo, mas não serviu de nada.</p> <p>Tiveram que o abrir e tirar o bicho e não dava.</p> <p>Puseram tratamentos de veneno, puseram tudo aquilo e assado, de uma maneira ou de outra o bicho não morreu, quem morreu foi ele, e pronto!</p> <p>E44 Só que eles nos mostrem, mostrem alegria,</p>
--	--

<p>♦ MANEIRA DE ACTUAR O ENF. P/ COM O DTE</p>	<p>E44 andarem sempre bem dispostos.</p> <p>E44 Até aí já é muito bom.</p> <p>E44 E é o que por acaso se passa aqui, é o caso que se passa aqui.</p> <p>E44 acho que a enfermeira só tem que mostrar um bom modo ao paciente.</p> <p>E44 Chegar aqui a rirem-se e até a brincar um bocadinho com o doente.</p> <p>E44 Falarem com o doente.</p> <p>Então está bom? Está tudo bem?</p> <p>E44 Que é o caso deles aqui,</p> <p>E44 eu aqui não tenho razão de queixa dos enfermeiros,</p> <p>E44 são extremamente simpáticos, todos!</p>
--	--

ENFERMEIROS H.S.M

<p>SIGNIFICADO DO C.I</p> <p>♦ INFORMAÇÃO</p>	<p>E46 Para mim é aquela informação que se deve dar ao doente sobre todo o que lhe acontece ao longo do tratamento hospitalar, neste caso... Pausa</p> <p>E46 Desde o primeiro de tudo até ao fim de tudo.</p> <p>E46 Se é sobre a cirurgia é sobre a cirurgia,</p> <p>E46 se é sobre o tratamento é sobre o tratamento.</p> <p>E46 É toda a informação que se lhe deve dar ao doente.</p> <p>E46 O consentimento informado costuma ser sobre uma cirurgia</p> <p>E47 Para mim o consentimento informado é informar os doentes do que é que tem, do que lhes vão fazer fazer</p> <p>E48 Hum... é o conhecimento que o doente tem acerca das técnicas, exames, cirurgias que lhe vai ser feita.</p> <p>E48 Tem que ter conhecimento</p> <p>E49 O consentimento informado é o doente saber exactamente aquilo que está proposto para ele,</p>
--	---

	<p>E51 Portanto o consentimento informado é algo...hum é uma informação que é prestada ao doente</p> <p>E52 que é também uma oportunidade do médico, dos médicos explicarem ao doente e familiar, pelo menos era o que deveria ser,</p> <p>E52 explicando os exames e algumas questões quer dos próprios quer dos familiares possam fazer na altura.</p> <p>E52 É a altura propicia para isso.</p> <p>E52 Pronto explicar o teor do exame e para que serve os exames e como é que vai fazer os exames.</p> <p>E53 É assim, é a informação sobre um determinado acto,</p> <p>E53 explicação do que irá acontecer ao doente,</p> <p>E53 ter conhecimentos prévios,</p> <p>E54 É informar o doente sobre a sua situação clínica e sobre a evolução da sua situação,</p> <p>E54 que caso necessite de uma cirurgia explicar-lhe,</p> <p>E54 explicar ao doente o que lhe vão fazer o que é que não vão.</p>
--	---

	<p>E55 o doente deve ser informado daquilo que tem, da doença que tem, do problema que tem, dar hipóteses para a resolução do problema, dos problemas e deverá tomar... hum... Pausa</p> <p>E54 Depois de saber das alternativas do problema,</p> <p>E55 da informação da doença, que doença é,</p> <p>E56 Hum... é informar o doente daquilo que se vão fazer</p> <p>E58 O consentimento informado para mim, acaba por ser explicar todos os malefícios e benefícios que vão fazer. Pausa</p> <p>E58 Devia ser antes da intervenção.</p> <p>E58 Explicar os benefícios, malefícios e os procedimentos que se vão fazer.</p> <p>E59 É saber tudo sobre a sua doença.</p> <p>E59 É estar informado.</p> <p>E60 Porque os doentes na prática não sabem, o que vão fazer, o que são os exames.</p> <p>E60 Acho que devia haver, como explicar uma maior explicação ao doente.</p> <p>E60 A gente sabe o que é na teoria,</p> <p>E60 mas depois em termos profissionais de saúde acho que as coisas perdem-se um pouco.</p>
--	---

	E60 Acho que o doente desde que seja consciente e orientado deve saber as coisas.
♦ HÁ DIFERENÇA ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA	E60 Eu acho que uma coisa é a teoria, a outra é a pratica, E60 na prática acaba por perder.
♦ NÃO INFORMAÇÃO AOS DOENTES	E46 Às vezes chegam aqui para fazer quimio e radioterapia e não sabem o que é aquilo. E46 Há quem vai fazer uma cirurgia e também não sabem o que lhes vão fazer. E54 Muitas vezes o que acontece é que os doentes não sabem o diagnóstico que têm...hum... de entrada, E54 e às vezes ... hum... entram....hum.... sabe o que tem, mas depois ...hum... Pausa Estamos a falar do consentimento informado da parte da cirurgia, não é! Pronto! E54 Muitas vezes eles não tem conhecimento, nem do diagnóstico, E54 nem do que vão fazer, não vão, muitas vezes, exames.... hum... Pausa E54 Do que vão fazer, às vezes umas técnicas mais evasivas, os doentes não sabem do que vão fazer, em que consiste,

	<p>E53 de forma ao doente poder consentir ou não que este acto se lhe realize</p> <p>E54 O que o doente consentir e dar a sua autorização para uma cirurgia, para saber o que... hum... Pausa</p> <p>E54 O que é que lhe vão fazer e não vão.</p> <p>E58 Tem um papel burocrático, antes da cirurgia, era o que se devia fazer.</p>
♦ DÚVIDA	E60 O que é para mim o consentimento informado? Oh! Meu Deus!. O que eu acho?
♦ DIREITO	E57 Para mim o consentimento informado é o direito que os doentes têm a saber
♦ SE O DTE CONCORDA	<p>E49 e se ele concorda ou não,</p> <p>E49se vai ser feito ou não.</p> <p>E49 Ele vai ter conhecimento para nos dizer se concorda ou não em relação a essa situação.</p> <p>E55 O doente têm que ter uma opinião sobre o que lhe vão fazer, portanto,</p> <p>E55 Devem os doentes ter uma opinião daquilo que deverá e quer fazer.</p>

	<p>E55 Têm a ver com participar com aquilo que lhe vão fazer e sobre aquilo que não lhe vão fazer.</p> <p>E55 que estão esclarecidos é que consentem.</p> <p>E56 e ele dá ou não o consentimento informado do acto que vai ser intervencionado</p> <p>E57 e darem-nos o seu parecer,</p> <p>E57 a consentirem ou não consentirem os seus tratamentos, de acordo com a sua situação.</p> <p>E59 É, é dar o consentimento para os actos médicos. Pronto!</p>
--	--

	<p>E50 Penso que é o médico,</p> <p>E50 No caso da cirurgia é um acto médico, é o médico que deve informar.</p> <p>E50 Os médicos que estão com o doente é que devem informar.</p> <p>E51 Se o consentimento informado for para actos médicos...hum...Pausa</p> <p>E51 Acho que este consentimento informado deve ser prestado pelo médico.</p> <p>E51 Acho que se for outro tipo de consentimento um doente que vai ser operado ou um doente que vai fazer um exame, se é o médico que o vai executar, acho que deve ser o médico.</p> <p>E52 Acho que é o médico.</p> <p>E53 Isto é para actos mais graves eu acho que deveria ser o médico,</p> <p>E53 porque mexem com a integridade,</p> <p>E53 mexem com a sua auto- imagem</p> <p>E53 Neste serviço, a folha escrita é em relação ao acto médico, cirúrgico.</p> <p>E54 Eu penso que seja o médico na minha opinião.</p> <p>E56 O médico.</p>
--	--

	<p>E56 Tem que ser o médico.</p> <p>E56 Em princípio é o médico.</p> <p>E57 O médico.</p> <p>E57 Acho que deve ser o médico que tem que lhe informar ao doente da sua situação, do que pretende fazer ao doente.</p> <p>E58 O médico,</p> <p>E58 é um acto médico.</p> <p>E59 O médico.</p> <p>E60 Acho que deve partir principalmente do médico,</p> <p>E60 Acho que o médico é que deve explicar a maior parte das coisas, o prognostico, o diagnóstico, a terapêutica,</p> <p>E60 os recursos que vão ser utilizados para compreender e identificar melhor o diagnostico.</p>
♦ ENFERMEIRA	E47 Mas depois devemos ser nós!

	<p>E47 Devemos esclarecer certas dúvidas que os doentes têm.</p> <p>E49 Eu respondo pelos meus actos de enfermagem,</p> <p>E49 se vou prestar cuidados de enfermagem, qualquer que seja, eu devo dizer ao doente o que lhe vou fazer.</p> <p>E49 A parte no tratamento a direccionar, essa parte é mais na prestação de cuidados.</p> <p>E51 Se considerarmos aquele consentimento que advém das nossas técnicas, é evidente que deve ser prestado pelas enfermeiras.</p> <p>E51 É aquele consentimento que, que... pausa</p> <p>E51 Uma técnica de algaliação, qualquer técnica quer no âmbito da enfermagem.</p> <p>E51 informamos ao doente que lhe vamos fazer aquela técnica</p> <p>E52 É que algumas vezes vêm-nos perguntar a nós e temos algumas dificuldades.</p> <p>E53 Todo o resto somos nós que lhe dizemos, por ex. vou picar para tirar sangue por ex o doente diz sim ou não, ou não diz nada.</p> <p>E53 É o nosso consentimento informado, de alguma forma de um acto de enfermagem.</p> <p>E57 Pode ser também o enfermeiro mas depende dos tratamentos.</p>
--	---

	E58 No entanto os enfermeiros podem esclarecer as dúvidas e despertá-los para eles falarem.
♦ O DTE TEM Q SER INF	<p>E55 O doente deve ser sempre informado daquilo que lhe vão fazer e depois mesmo que não seja... hum ... pausa</p> <p>E55 Sempre que vamos proceder a uma técnica tem que ser explicado ao doente o que lhe vamos fazer e o doente pode dizer que sim, sim senhora</p> <p>E55 Eu acho que sempre que se procede a alguma técnica, pode estar implícito o consentimento informado.</p>
♦ DEPENDE - PROBLEMA	<p>E48 Aplicação, aplicação, isto depende um bocado... hum... Pausa</p> <p>E48 Depende se nós estamos a falar das cirurgias ou de exames complementares.E48 Em cada área o técnico responsável,</p> <p>E49 Isso, aí é uma coisa que teremos que ver como se irá resolver.</p> <p>E53 É diferente de uma endoscopia ou de puncionar uma veia, claro está!</p>
♦ ACORDO C/ O DTE	E51 e obtêm-se ou não um acordo da doente.

	E55 ou pode dizer não. Tem esse direito.
♦ CONSENTIMENTO VERBAL	<p>E51 Portanto é um consentimento verbal,</p> <p>E55 O consentimento pode não ser um documento escrito, pode ser um doente dar autorização para. Mas não é!</p> <p>E55 Embora não de uma forma tradicional, do papel assinado</p>
♦ DÚVIDA	<p>E50 mesmo, não é?</p> <p>E51 Não sei qual o consentimento que se está a referir.</p> <p>E60 não é?</p>
♦ QUEM REALIZA OS ACTOS É QUE DEVE INF	<p>E48 Terão maior capacidade de resposta para dar conhecimento,</p> <p>E48 para explicar aos doentes as complicações que poderão surgir, eventualidades,</p> <p>E48 ter uma noção específica do que irá fazer.</p> <p>E52 Porque há uma oportunidade do doente pôr, colocar as dúvidas, perguntas como é feito o exame, o que se faz durante o exame.</p>

	<p>E55 O consentimento informado pode ser aplicado por qualquer técnico,</p> <p>E55 pode ser médico se o acto for médico ou pode ser de enfermagem se o acto for de enfermagem.</p>
--	---

<p>PARTICIPAÇÃO DOS ENFS NA INF E NO</p> <p>C.I</p> <p>♦ AREA DE ENFGEM</p>	<p>E46 Deve ser ao nível de enfermagem,</p> <p>E46 só e exclusivamente.</p> <p>E46 Eu posso dar informação ao doente sobre o meu trabalho,</p> <p>E46 Fazer uma explicação ao doente ao nível dos cuidados de enfermagem,</p> <p>E46 Tenho é que lhe explicar os cuidados pré e intra operatórios</p> <p>E46 Sempre ao nível da enfermagem.</p> <p>E53 no que me diz directamente respeito, porque há determinadas informações que não podem ser dados por nós.</p> <p>E54 Nós podemos dar, tentar explicar,</p> <p>E54 Nós temos que esclarecer dúvidas mas da parte de enfermagem que nós possa...</p> <p>E54 No pós operatório podemos fazer o ensino, explicar....hum... pronto, o que pode fazer.</p> <p>E54 Fazemos o ensino no pós operatório</p> <p>E54 , há muitas coisas que lhe podemos fazer ao doente de ensinos, por ex. o levante, da parte respiratório por ex.</p> <p>E55 Nós não podemos ir para além do que o médico transmite.</p>
---	--

	<p>E55 O médico transmitiu e nós depois tentamos saber.</p> <p>E55 A partir do momento que o doente sabe à cerca da doença e podemos confirmar ou não aquilo que o doente sabe.</p> <p>E55 Podemos dizer que sim senhora... hum... pausa</p> <p>E55 Temos que partir da informação de que foi dada. Pausa</p> <p>E55 Temos que partir da informação de que o doente já sabe,</p> <p>E55 muitas vezes aquilo que os doentes fazem é que confrontam aquilo que lhes foi dito e querem saber as várias opiniões à cerca da mesma coisa. Pausa</p> <p>E55 Ele quer uma segunda opinião daquilo que lhe foi dito, quer uma confirmação daquilo do que lhe foi dito.</p> <p>E55 Poderá ser preciso pedir ao doente que nos confirme o que sabe, o que lhe foi dito.</p> <p>E55 Acontece também várias vezes que ao doente não lhes foi dito nada e depois como é?</p> <p>E55 Acho que o nosso papel no consentimento informado é apoiar o doente, a, a hum</p> <p>E55 A informação que lhe foi transmitida e para que a informação lhe seja fornecida</p> <p>E57 Na informação... hum... Pausa</p>
--	---

	<p>E57 Quando prestam cuidados aos doentes,</p> <p>E57 quando fazemos certo tipo de tratamentos, devemos informá-los do que estamos a fazer.</p> <p>E57 Mas na altura quando estamos a administrar a terapêutica ou a prestar os nossos cuidados devemos mante-los ao corrente do que estamos a fazer</p> <p>E57 Devemos sempre informá-los do que vamos, estamos a fazer.</p> <p>E60 O enfermeiro no consentimento informado?</p> <p>E60 Eu acho que às vezes nós acabamos por dizer mais do que devíamos.</p> <p>E60 E, e acabamos por não dizer as coisas,</p> <p>.</p>
<p>♦ PARTICIPAÇÃO ENFGEM -INF DE</p> <p>ENFGEM</p> <p>- concordo com a participação</p>	<p>E47 e depois esclarecer o doente,</p> <p>E47 porque a maior parte dos doentes não percebe o que o médico disse. Há os termos técnicos e depois têm dúvidas.</p>

<p>- LINGUAGEM ADEQUADA</p>	<p>E47 E nós esclarecemos os termos técnicos, é verdade</p> <p>E48 O doente às vezes ficam com algumas dúvidas, em principio o doente já foi informado do exame ou da cirurgia, tem a noção, do que foi fazer, do que vai fazer</p> <p>E48 e nós depois complementamos a informação.</p> <p>E48 Portanto informamos e confirmamos.</p> <p>E48 Serve para transpor e reforçar um bocado a informação que lhe foi transmitida</p> <p>E49 o que eu posso fazer em relação a isso? Julgo eu é explicar ao doente o que vai ser submetido, por ex. o tratamento, a cirurgia...</p> <p>E49 O nosso grau de participação, concordo com a nossa participação no consentimento,</p> <p>E50 Tudo o que vai ser feito ao doente,</p> <p>E50 deve ser informado ao doente de uma forma compreensível,</p> <p>E50 não com termos técnicos numa forma que ele perceba,</p> <p>E50 entenda o que lhe vai ser explicado.</p> <p>E50 Explicar o que vai acontecer, se não ele não vai perceber, o que lhe está a acontecer.</p> <p>E50 Damos a informação necessária.</p>
-----------------------------	--

	<p>E51 Porque muitas vezes os doentes nos vêm questionar depois do médico ter saído,</p> <p>E51 vêm-nos questionar sobre se o seu exame é doloroso, a técnica que vai ser utilizada</p> <p>E52 Eles primeiro lugar falam connosco, é connosco em primeira linha, não tanto com o médico.</p> <p>E52 É também acalmar o doente que está muito ansioso, só nessas alturas. Pausa</p> <p>E52 E a ansiedade diminui quando tiverem esclarecidos da situação, situações, do exame, é isto não sei, mas é isto.</p> <p>E53 Aquilo que podemos e sabemos informar. Pausa</p> <p>E53 todo o resto nós informamos o doente daquilo que nós sabemos.</p> <p>E53 Nós informamos de tudo o que nós sabemos ao doente, daquilo que sabemos.</p> <p>E53 Ao doente e que nos diz respeito.</p> <p>E46 não sobre o trabalho do doutor.</p> <p>E54 Se for preciso dar alguma ajuda.</p> <p>E54 Acho que o consentimento.... hum... pausa</p> <p>Mas temos que ver o doente que está, está ao pé, como é que lhe há-de explicar, como é que</p>
--	---

	<p>lhe vai explicar.</p> <p>E54 E nós podemos dar um apoio.</p> <p>E54 Muitas vezes somos nós que estamos mais em contacto com o doente, muitas vezes eles tem mais confiança, não é ? Connosco.</p> <p>E54 Às vezes tem mais confiança,</p> <p>E54 porque somos nós que estamos as 24 h com eles, perto do doente do que o médico,</p> <p>E54 nós podemos dar um apoio, às vezes ajuda.</p> <p>E55 No entanto o enfermeiro que está 24h com o doente,</p> <p>E55 Que o doente não têm esse conhecimento e deveria!</p> <p>E56 O enfermeiro pode apoiar a informação, mas tem que saber hum... Pausa</p> <p>E56 Portanto... hum... depois deve ser apoiado, apoiando o doente posteriormente</p> <p>E60 Porque vimo-nos um pouco obrigados entre aspas, não é obrigatório, mas nós lidamos 24 h com o doente.</p> <p>E60 E ao vermos aquela preocupação do doente sentimo-nos na necessidade como prestadores de cuidados de o acalmar.</p>
--	---

	<p>E60 E ao acalmar explicamos um pouco não fugindo muito à informação que compete aos médicos dizer, tentamos dizer ao doente olhe vai fazer este exame porque é necessário devido ao seu diagnóstico.</p> <p>E60 Dizemos as coisas de uma maneira mais subtil, não é?</p> <p>E60 mas dizemos de maneira mais simples,</p> <p>E60 mais fácil para que o doente possa compreender e não fique ansioso,</p> <p>E60 que se colmate a ansiedade</p> <p>E60 e que possa transmitir para que fique menos ansioso.</p> <p>E60 E tentamos por um pouco do outro lado da maneira como nós gostaríamos de nos sentir.</p>
♦ AREA MÉDICA	<p>E46 Ele é cirurgião e vai fazer uma cirurgia e vai explicar ao doente o que vai fazer no bloco operatório, antes da cirurgia e posterior à cirurgia.</p> <p>E46 eu não lhe vou explicar ao Sr. que lhe vou tirar a vesícula, isso não é função minha.</p> <p>E46 Não tenho que lhe explicar aquilo.</p> <p>E47 Eu acho que quem deve pedir o consentimento informado é o médico. Pausa</p> <p>E52 Acho que deve ser sempre o médico a dar o papel e a explicar, a assinar...</p>

<p>- O MÉDICO RECUSA A INF</p> <p>O DTE</p>	<p>E52 O doente é afinal é ele que vai operar, que sabe o que vai fazer,</p> <p>E52 Deve ser o médico, não devemos ser nós, é a minha opinião.</p> <p>E53 isto, a fazer isto e informa-mos o médico de determinado acto que deveríamos ter prestado.</p> <p>E53 Portanto todos nós sabemos que a informação do diagnóstico é dada pelo médico,</p> <p>E54 mas não entrar em pormenores técnicos que é da parte médica.</p> <p>E54 Da parte médica e técnica acho eu é o médico que tem que fazer.</p> <p>E54 Agora da parte técnica, não!</p> <p>E54 Deve ser o médico no consentimento informado,</p> <p>E54 Mas nada de técnica</p> <p>E55 Em termos de informação clínica deverá primeiro ser o médico que deverá transmitir essa informação, prognóstico, diagnóstico,</p> <p>E55 deverá ser o médico que informa o doente.</p> <p>E55 Ou se recusar mesmo o médico e dizer que não quer transmitir.</p> <p>E55 Isto verá ser posto à comissão de ética, que existe este caso no serviço, que o doente não</p>
---	--

	<p>está a par da situação, porque o médico não quer fornecer essa informação.</p> <p>E55 Não é por norma fazer isto, por norma é o médico depois de chamado à atenção do problema, normalmente os médicos falam depois com o doente.</p> <p>E55 Mas não falam logo à primeira e normalmente temos que pedir a sua participação porque os doentes não sabem da sua situação.</p> <p>E55 Mas quando confrontados com a situação, quando falamos com os médicos até eles conversam, falam com os doentes. Acabam por o fazer.</p> <p>E56 O enfermeiro também pode participar depois ... hum... nelas... hum...</p> <p>E56 depois posteriormente... hum ter sido informado pelo médico.</p> <p>E56 Pode haver no consentimento informado um grau de participação do enfermeiro mas tem que partir sempre do médico.</p> <p>E57 Claro que por de trás o médico já terá informado, falado com eles.</p> <p>E59 Quem deve informar é o médico,</p> <p>E59 Deve saber as informações através do médico, o diagnóstico, tudo!</p> <p>E59 Nós não devemos informar, sem o médico ter informado.</p>
--	---

	<p>E59 Quanto, quanto ao consentimento informado é deles, dos médicos, não é para nós.</p> <p>E60 Acho que o papel, este papel deveria ser mais da parte médica.</p> <p>E60 Devia ser da parte médica a dizer o que não é dito,</p> <p>E60 mas acaba por se dizer mais ou menos.</p>
♦ DÚVIDA	<p>E47 O grau de participação, o grau de participação, o que quer dizer com a participação?</p> <p>E53 O nosso grau de participação no consentimento informado, eu tenho algumas dúvidas,</p> <p>E53 Para mim o consentimento informado é muito confuso não percebo.</p> <p>E59 ele é que deve informar, não é?</p>
♦ W EM EQUIPA - MÉDICO/ ENF - E FAMILIA	<p>E47 Nós devemos estar junto do médico para saber o que é que ele informou o doente</p> <p>E47 Por isso é que eu digo nós devemos estar presentes quando os médicos falam, fala com o doente, também para saber o que lhe foi dito.</p> <p>E49 Se a informação for conjugada com...hum.. ou se pode-se idealmente se for conjugada com o médico, poderiam as coisas, se calhar seria melhor.</p> <p>E49 Juntar o médico e o enfermeiro seria o ideal,</p>

	<p>E49 juntar o doente e algum familiar, ou familiares, depende de cada doente, de cada situação.</p> <p>E49 E em conjunto fazer uma avaliação para já do doente em si e isto já antes também, não é?</p> <p>E49 Sempre uma avaliação para ver até agora como será.</p> <p>E49 Como será ou não dada informação, se possível toda em conjunto.</p> <p>E51 Acho que também é importante que o enfermeiro esteja presente, hum... Pausa</p> <p>E51 Para também saber que tipo de informação está a ser dada ao doente.</p> <p>E51 Acho que é importante que nós também estejamos presentes para saber efectivamente o que se vai passar de facto com aquele doente.</p> <p>E53 Nós devemos participar em toda a informação dada ao doente.</p> <p>E53 Até devemos trabalhar em equipa até porque, por ele mesmo.</p> <p>E53 Deveríamos trabalhar sempre em equipa, portanto porque aquilo que é dito pelo médico deveria, hum... Pausa</p> <p>E53 Como é que eu vou explicar. Pausa</p> <p>E53 Ao trabalho em equipa toda a informação deveria ser uma só, hum.... Pausa</p> <p>E53 E portanto, hum.... nós deveríamos participar totalmente.</p>
--	---

	<p>E53 No que nos diz respeito, acho que nós deveríamos participar em tudo, em tudo.</p> <p>E53 A nossa participação é total, nós devemos participar totalmente e trabalhar em equipa, senão cada um de nós dá a sua informação.</p> <p>E54 nós podemos quando o médico está a explicar ao doente, para dar o consentimento, podemos estar presentes, eu...hum... Pausa</p> <p>E55 os enfermeiros apercebem-se se o médico tem ou não essa conversa com o doente e se o doente percebeu daquilo que tem, se foi informado de tudo aquilo. Pausa</p> <p>E55 Se o doente não foi informado,</p> <p>E55 se o enfermeiro se apercebe do que não foi informado deverá chamar à atenção do médico. Pausa</p> <p>E55 E entretanto poderá, será estabelecido com o médico, se quer ajuda para transmitir</p> <p>E56 Essencialmente o que , que foi informado pelo médico.</p> <p>E56 Pode haver uma reunião em conjunto...hum...</p> <p>E56 Numa reunião do doente com o médico e também com o enfermeiro... hum... Pausa</p> <p>E56 O enfermeiro pode colaborar depois entre o doente e o médico mas só depois de saber o</p>
--	--

	que foi realmente informado.
♦ C.I É UM PAPEL	<p>E53 De facto o consentimento informado se reafirmou ao acto cirúrgico, é ao acto cirúrgico é aí que existe um o papel onde se escreve.</p> <p>E53 Todo o resto é via oral.... hum.... Pausa</p> <p>E53 Uma coisa é informar, não é um acto escrito.</p>
♦ RECUSA	<p>E53 Não é se um doente vai fazer determinada coisa, se um doente se recusa, têm todo o direito, eu sou obrigada a aceitar.</p> <p>E53 Nas devidas precauções que devo tomar.</p> <p>E53 Não podemos escrever o doente recusou isto,</p> <p>E57 para que nos dê a sua colaboração se não eles podem não nos dar.</p> <p>E57 Podem não querer o tratamento e nós temos de os informar</p>
♦ DIREITO DO DTE	E53 O doente tem todo o direito à cerca do seu tratamento,

<p>♦ NÃO HÁ C.I NO NOSSO SERVIÇO</p>	<p>E47 Mas no nosso serviço, nós não temos o consentimento informado, não temos!</p> <p>E58 o consentimento informado no seu verdadeiro sentido não existe. Pausa</p>
<p>♦ ENF LIGAÇÃO MÉDICO/DOENTE</p> <p>- SUPORTE</p>	<p>E48 Às vezes há a necessidade de fazer a ligação entre o médico e o doente.</p> <p>E48 Tanto antes como no após isto assim entre aspas.</p> <p>E52 E depois, hum... fazer a ligação com o médico e tentar, hum... pausa</p> <p>E52 Fazer o elo de ligação hum... pausa</p> <p>E52 Médico e o doente, hum... no fundo...pausa</p> <p>E58 Servir de suporte,</p> <p>E58 É ajudar a esclarecer e a estimular a comunicação.</p>
<p>♦ CI NA ASSINATURA NÃO É NECESSÁRIA A PRESENÇA DO ENF</p>	<p>E51 Em relação ao consentimento, não acho grande utilidade que o enfermeiro esteja presente para assinar um papel.</p> <p>E51Aí parece-me, não acho necessário a presença do enfermeiro.</p>

	<p>E53 No nosso serviço, o consentimento informado é do acto cirúrgico, é ele que assina o papel.</p> <p>E55 A nossa participação no consentimento informado em termos de papel escrito, a nossa participação?</p>
♦ SEPARAÇÃO DAS AREAS	<p>E53 No que nos diz respeito, há a parte médica e há a parte de enfermagem e portanto temos que saber cada um no seu lugar.</p>

<p>TIPO INF DÁ AOS DTES COM</p> <p>DIAGNÓSTICO GRAVE</p> <p>♦ AREA DE ENFGEM</p> <ul style="list-style-type: none"> - SEPARAÇÃO DOS WS - ATITUDE DEFENSIVA - N W EM EQUIPA - SEPARAÇÃO DAS INFS - ENSINO - RELAÇÃO ENF/ DTE - MEDIADOES 	<p>E46 É assim, eu dou-lhes as informações pertinentes á cerca do meu trabalho, na ordem de enfermagem.</p> <p>E46 Os médicos devem dizer a analítica como estão, se vai doer muito.</p> <p>E46 Se eu tenho que apanhar uma veia periférica ou fazer um clister de limpeza.</p> <p>E46 O clister de limpeza é isto, isto e isto e para isto e depois vai acontecer isto.</p> <p>E46 Isto é uma técnica de enfermagem.</p> <p>E46 Ou se lhes vou puncionar uma veia, é uma veia canalizada, vou para lhe por o antibiótico.... pausa</p> <p>E46 Eu falo sobre o meu trabalho, o médico sobre o dele.</p> <p>E47 Se tiver alguma colostomia, fazendo os ensinamentos que ache necessários</p> <p>E50 E aí atender em relação ás dúvidas,</p> <p>E50 as necessidades que ele tenha e esclarecer.</p> <p>E50 O que deve fazer, o que não deve .</p> <p>E50 Acho que este apoio é fundamental</p> <p>E51 O tipo de informação, é uma informação mais no sentido de ouvirmos o doente,</p>
--	--

	<p>E51 de forma a que eles exponham os seus medos, as suas angustias.</p> <p>E51 Porque muitas vezes o doente.... hum... o doente não pergunta.</p> <p>E51 O doente a maior parte das vezes está mais à vontade connosco,</p> <p>E51 porque somos nós que estamos as 24 h com o doente,</p> <p>E51 porque nos vê mais vezes</p> <p>E51 e é connosco que está mais à vontade para nos questionar das, das...hum... Pausa</p> <p>E51 Das coisa, das questões que o estão a preocupar.</p> <p>E51 Acho que a nossa informação é mais na participação de ouvir,</p> <p>E51 de ouvir o doente</p> <p>E51 e muitas vezes servimos de mediadores,</p> <p>E51 para percebermos o que está a preocupar o doente.</p> <p>E51 mas servimos de mediadores.</p> <p>E51 como é que ... que se vai resolver,</p> <p>E51 que tipo de necessidade está por detrás,</p> <p>E52 Só digo do nosso âmbito, sim!</p>
--	--

	<p>E52 De enfermagem, hum...</p> <p>E53 Se eles quiserem, nós ouvimo-los, essa é a nossa função,</p> <p>E53 não criar expectativas que não sejam as verdadeiras... hum... Pausa</p> <p>E53 E responder às perguntas que eles tenham, infelizmente acontece muito.</p> <p>E54 Da parte de enfermagem eu explico, tudo o que vou fazer, executar ao doente</p> <p>E54 eu explico e dentro da parte de enfermagem, explico o que vou fazer,</p> <p>E54 Se um doente têm uma neoplasia eu posso-lhe explicar que exames vai fazer,</p> <p>E54 posso lhe esclarecer a sua situação clínica,</p> <p>E54 Algumas vezes os doentes tem dúvidas, de algumas coisas, que eles ouvem, mas visitas médicas,</p> <p>E54 têm dúvidas eu posso dar apoio psicológico,</p> <p>E56 Agora o informar... hum... Pausa</p> <p>E56 Deve apoiar sempre o doente.</p> <p>E56 Se o doente souber o que se passa e for correctamente informado não vai ser enganado.</p> <p>E56 A gente apoia... hum.. Pausa</p>
--	---

	<p>E56 Deve-se acompanhar os passos, que deve seguir, em relação ao tratamento feito, para ser correctamente feito.</p> <p>E58 Procuro que o doente recorra a nós quando precisa, informá-lo do que nós lhes vamos fazer.</p> <p>E58 só da parte de enfermagem,</p> <p>E60 Digo da parte de enfermagem, se tiver um penso ou avaliação dos sinais vitais digo se está boa ou má.</p>
<p>♦ FALTA DE EXPERIÊNCIA</p> <p>PROFISSIONAL</p>	<p>E60 A minha experiência não é muita, não é?</p> <p>E60 Eu sou nova e tenho a tendência de fazer o que aprendi na escola.</p>
<p>♦ AREA MÉDICA</p> <p>- RECAMBIO PARA A PARTE MÉDICA</p>	<p>E46 Essas informações deviam dar ao médico essas informações e não nós.</p> <p>E48 Essa parte recambio para a parte médica.</p> <p>E48 Quem dá a informação clínica mesmo do doente é o médico irá sempre para o médico.</p> <p>E48 Depois alguma coisa, nós sabemos mais ou menos a gravidade, essa parte recambio para</p>

	<p>a parte médica.</p> <p>E48 A informação concreta em si, será sempre para o médico.</p> <p>E48Se não estiver, se não houver essa possibilidade vemos quem é que está de serviço</p> <p>E48 não digo tem uma neoplasia do pâncreas, não digo, acho que deve ser o médico que vai informar ao doente.</p> <p>E50 O diagnóstico é dado pelo médico.</p> <p>E51 Porque ainda há aquela distanciação entre o doente e o Sr. Doutor,</p> <p>E51 e muitas vezes não é ao médico que o doente põe determinadas questões, não é? oncológico ou outro tipo de situação,</p> <p>E51 Alertamos o médico que o doente pôs esta questão,</p> <p>E51 Embora não sejamos nós quem vai informar o doente que tem uma doença grave, do foro</p> <p>E52 É o médico que deve dar.</p> <p>E54 mas nada de apoio técnico, de diagnóstico, não dou!</p> <p>E54 De coisas técnicas, de diagnóstico nunca dou, nunca informo.</p> <p>E54 mas não da parte de diagnóstico, que implique que seja uma coisa grave.</p>
--	---

	<p>E54 mas não entro em pormenores de diagnóstico.</p> <p>E54 Nada de diagnóstico.</p> <p>E55 O diagnóstico não é transmitida por nós.</p> <p>E55 O diagnóstico é transmitido pelo médico.</p> <p>E55 A informação é transmitida pelo médico,</p> <p>E55 Muitas vezes os doentes dizem que não sabem, mas sabem, o que acontece várias vezes.</p> <p>E59 Nós geralmente não damos informações quando o diagnóstico é grave,</p> <p>E59 é o médico e só ele é que informa.</p> <p>E59 o médico é que lhe explica,</p>
<p>♦ A ENFERMEIRA NÃO INFORMA</p> <p>- RECUSA A DAR A INF</p> <p>- NEGA-SE A INF</p>	<p>E47 Eu? Eu? Não digo nada!</p> <p>E47 Eles às vezes não sabem o que têm e acho que não sou eu que tenho que dizer, não é?</p> <p>E47 Mas eu posso ajudá-los, não é?</p> <p>E47 Mas, mas, mesmo o que eles têm?</p>

	<p>E47 Não digo,</p> <p>E47 não digo!</p> <p>E48 A informação, informação, depende... Pausa</p> <p>E48 Não lhe dou a informação directa.</p> <p>E48 Dou a informação, mas não dou concretamente,</p> <p>E49 Há também o doente que não tem conhecimento, isso aí!</p> <p>E49 É melhor nem abordar o assunto.</p> <p>E52 eles realmente questionam-nos muito em relação ao diagnóstico e nós hum...Pausa</p> <p>E52 E nós muitas vezes não sabemos o que havemos de dizer ao doente,</p> <p>E52 até que grau é que eles sabem da situação deles ou não.</p> <p>E52 Não podemos dar dicas</p> <p>E52 mas também não podemos falar abertamente. Porque.... hum... pausa</p> <p>E52 É isso, eu não posso dizer o Sr. têm uma neoplasia,</p> <p>E52 eu não lhe posso dizer.</p> <p>E52 os pormenores não,</p>
--	--

	<p>E52 pormenores clínicos não,</p> <p>E52 não, acho que não devemos dar.</p> <p>E54 Não dou informação que possa, tento....</p> <p>E56 Uma pessoa não deve... hum... Pausa</p> <p>E56 Não sabendo o que o médico lhe disse... hum.. Pausa</p> <p>E57 A partir da informação clínica, essa informação nós não damos!</p> <p>E57 Não damos!</p> <p>E57 Essa parte não!</p> <p>E57 mas nada que tenha a ver com a parte médica, com a situação clínica.</p> <p>E58 Em termos de diagnóstico nunca podemos falar,</p> <p>E58 só quando o doente nos faz perguntas directas.</p> <p>E58 Aí respondemos com outras palavras, mas não falamos em diagnóstico médico.</p> <p>E59 Geralmente dizemos nada ao doente,</p> <p>E59 só naquelas situações que o doente quer falar nós ouvimo-lo.</p> <p>E59 Não somos nós que vamos abordar o doente sobre esse assunto.</p>
--	--

	<p>E60 Em relação ao consentimento informado, eu não sou muito de dizer o que é que o doente têm.</p> <p>E60 Embora dizer mais, não digo nem com os familiares, não digo!</p> <p>E60 Nem com outros não digo!</p>
<p>- PROCURA SABER O QUE O DOENTE SABE ANTES DE INFORMAR (ATITUDE DEFENSIVA)</p>	<p>E49 Quando é uma situação grave depende,</p> <p>E49 depende,</p> <p>E49 quando é uma situação grave tento sempre ter conhecimento do que é que o doente sabe, não é?</p> <p>E50 Depois temos que saber o que o doente sabe, o que não sabe, quais as dúvidas dele.</p> <p>E49 Do seu estado de espirito,</p> <p>E49 de tudo o que envolve aquela situação, e....</p> <p>E49 e de acordo com este conhecimento do doente,</p>

<p>♦ AVALIAÇÃO DO DOENTE P/ INFORMAR</p> <ul style="list-style-type: none"> - LINGUAGEM - TIPO DE DTE 	<p>E49 tentarei, tentarei falar qualquer coisa,</p> <p>E49 embora não vou dizer: « coitadinho, ai! Agora tem um cancro!», não sei o quê, não vou com essas coisas.</p> <p>E49 Mas há maneiras de resolver,</p> <p>E49 há que ter, que ter outra perspectiva, no sentido</p> <p>E52 Depende também do doente,</p> <p>E52 da informação que lhe foi dada,</p> <p>E52 como a recebeu, da situação...</p> <p>E52 Até podemos falar abertamente.</p> <p>E53 Que tipo de informação que dou?</p> <p>E53 Depende do doente,</p> <p>E53 da situação do doente,</p> <p>E53 daquilo que ele quer ouvir,</p> <p>E53 depende daquilo que ele sabe.</p> <p>E57 Acho que muito depende da informação que o doente têm ou não da informação do que</p>
---	---

	<p>têm.</p> <p>E57 Depende do que os doentes sabem do que têm do que não têm.</p> <p>E57 Mas em relação aos tratamentos sim!</p> <p>E57 Em que pode beneficiar,</p> <p>E57 Em relação aos tratamentos, se tem alguma ferida isto em relação aos nossos cuidados.</p>
♦ W EM EQUIPA	<p>E51 para podermos encaminhar ou para o médico ou para a assistente social ou para qualquer outro elemento da equipa.</p> <p>E55 nós depois confirmamos com o doente o que o médico disse.</p> <p>E55 O doente pergunta: Sr. Enf. o que é que eu tenho?</p> <p>E nós respondemos o que é que o médico já lhe disse?</p> <p>E55 E com base naquilo que o médico disse, porque depois eles vão começar a dizer... hum...</p>

	<p>Nós vamos confirmando.</p> <p>E55 Porque nós estamos a par da situação e verdade e vamos confirmando com base naquilo que o doente já sabe.</p>
♦ COMPLICADO	<p>E52 É um bocado complicado.</p> <p>E52 É complicado,</p> <p>E52 É muito complicado para nós.</p> <p>E52 Porque não é fácil,</p> <p>E52 não é fácil.</p> <p>E52 Senão é complicado depende do doente.</p> <p>E54 Eu? Que tipo de informação?</p> <p>E60 Mas acho que se calhar tem que ser assim, não é?</p> <p>E60 Qual é a informação que lhe dou?</p>
♦ HISTÓRIA DE VIDA	<p>E52 Há tempos, ainda o outro dia, estive com um doente com neoplasia que não sabia, não</p>

	<p>sabia ao que vinha, o que lhe vai ser feito, o que lhes vai acontecer a seguir. Pausa</p> <p>E53 As pessoas com neoplasias sabem mais cedo ou mais tarde sabem,</p> <p>E53 mesmo que não lhes tenha sido dito, sabem!</p> <p>E53 Isto da minha experiência diz que sim, muitas vezes a família não permitiu que o doente soubesse,</p> <p>E53 mas eles sabem.</p> <p>E60O que eu vou dizer, não tem a ver com isso.</p> <p>E60 Mas por ex. em termos de terapêutica, as minhas colegas dizem, e eu vou fazer isto, vou fazer aquilo, ou faço aquilo... hum... pausa</p> <p>Eu aprendi na escola que só se administra o que está prescrito, mas pronto as minhas colegas mais velhas, já têm mais experiência, como hei-de explicar maior à vontade e maior autonomia e dão a terapêutica mesmo quer não está prescrita.</p>
♦ FAMILIA	<p>E52 Tentamos falar com os familiares, daquilo que eles também sabem.</p>

O DTE NÃO QUER OUVIR	E53 Porque muitas das vezes ele não quer ouvir,
♦ SEXTO SENTIDO	<p>E53 muitas das vezes ele já sabe antes de ter sido dito,</p> <p>E53 há aqui um sexto sentido e as pessoas apercebem. Pausa</p>

<p>C.I CONTRIBUI P/ HUMANIZAÇÃO</p> <p>♦ SIM</p>	<p>E46 Claro!</p> <p>E47 Pode,</p> <p>E47 pode,</p> <p>E47 mais do que isso.!</p> <p>E48 Claro, é melhor....hum...</p> <p>E49 Eu acho que sim!</p> <p>E49 Eu acho que sim!</p> <p>E50 Sim.</p> <p>E50 Sem dúvida.</p> <p>E51 Eu penso que sim...hum...hum...Pausa</p> <p>E52 Sim,</p> <p>E52 sim, e</p> <p>E53 Claro que é o que nós fazemos diariamente</p> <p>E54 Sim.</p> <p>E56 Sim.</p>
---	--

	<p>E57 Eu penso que sim.</p> <p>E58 Sim.</p> <p>E59 Claro que sim,</p> <p>E59 bastante.</p> <p>E60 Eu acho que contribui.</p> <p>E60 Acho que contribui, porque, porque ... hum... Pausa</p>
--	--

<p>♦ DTE NÃO TÊM INF</p>	<p>E46 O doente não sabe absolutamente nada e perguntam-te vai doer muito?</p> <p>E46 E o que me vão fazer?</p> <p>E46 Incluso a cirurgia e isto é mais notório se são pessoas da terceira idade, claro!</p> <p>E46 Mas se é um velhote choram, ficam nervosos e choram e não dormem toda a noite.</p> <p>E46 Porque desconhecem tudo, tudo, o que lhes vão fazer no hospital.</p> <p>E47 Do que têm do que é que lhes vão fazer... pausa</p> <p>E47 Mas, mas não acontece.</p> <p>E47 Nós aqui no nosso serviço, que é de cirurgia temos doentes que vão fazer uma colostomia, eles não fazem ideia do que é aquilo!</p> <p>E47 E depois vamos ensinar, tem uma colostomia, um saquinho... e dizem :</p> <p>Quem? Eu? Não!</p> <p>E47 Eles não fazem a mínima ideia, ninguém os informou, que iriam ficar com uma colostomia, não é?</p> <p>E47 Nunca são informados, é um bocado mau!</p> <p>E59 Os doentes acabam por não saber na realidade o que se passa. È um bocadinho assim.</p>
--------------------------	---

	<p>E49 Às vezes é complicado!</p> <p>E49 Mas penso que sim, é importante!</p> <p>E49 Ouve nós... claro que damos a informação velada.</p> <p>E49 Nós damos toda a informação de uma forma velada, escondida, nós somos verdadeiros nisso à séculos, a informação é dada mal, não é?</p> <p>E49 Somos nós que falamos com o doente e também com a família</p> <p>E49 Nós temos aqui um caso de um doente com um neo e ninguém lhe disse nada, é horrível!</p> <p>E51 Um doente que vai ter alta, que está preparado para o que vai acontecer ou que poderá acontecer no domicílio, não só ao doente como á sua família.</p> <p>Eu, eu...hum... penso que faz parte da humanização dos cuidados.</p> <p>E51 Acho que nós enfermeiros somos um bocadinho...hum...Pausa</p> <p>E51 Não em relação ao que nos diz respeito directamente, mas ás vezes temos dificuldade em perceber até onde vão os nossos limites...hum....</p> <p>E51 E muitas vezes os doentes não são informados disso e nos confrontamos com isso.</p> <p>E51 E Sr. Enf. vai doer?</p>
--	--

	<p>E o que eu vou fazer?</p> <p>E posso morrer?</p> <p>E51 Pronto...hum...nós explicamos o seu exame vai ser assim, vai sentir alguma dor, mas vai ter uma analgesia previamente.</p> <p>E51 Muitas vezes o doente desconhecem o que é que lhes vai fazer e lá está,</p> <p>E51 talvez pela proximidade que o enfermeiros está,</p> <p>E51 têm com o doente somos nós que ouvimos este tipo de dúvidas que o doente têm.</p> <p>E51 Pronto, acho que nós também nos sentimos um pouco mais limitados, porque é assim muitas vezes, nós nem sabemos qual é o exame que o doente vai fazer.</p> <p>E51 Sinto isto, porque muitas vezes os doentes</p> <p>E51 Às vezes são coisas tão banais, tão simples que muitas vezes nós próprios nos esquecemos, muitas vezes esquecemo-nos de transmitir isso ao doente.</p> <p>E51 Às vezes a ansiedade que, que....hum... determinados comportamentos, pronto, deve ter a ver com esta técnica, hum...</p> <p>E54 Há doentes quer vão fazer quimio e não sabem o diagnóstico. Pausa</p>
--	--

	<p>E55 Se nós acharmos que o consentimento informado têm a ver com dizer, o explicar ao doente o que ele tem, que hipóteses de tratamento,</p> <p>E60 O que nos vão fazer, qual é o diagnóstico, realmente o diagnóstico que temos.</p> <p>E60 Eu se fosse eu gostava de saber.</p> <p>E60 Começa a aceitar a doença</p> <p>E60 e tem que aprender a lidar com a doença, não é?</p>
♦ FAMILIA	<p>E49 E até às vezes a família não quer que se lhe diga nada.</p> <p>E52 E acho que a participação do doente e da família é diferente, é melhor!</p> <p>E52 A família poderia querer acompanhá-lo no exame e porque não?</p>
♦ INF INFLUÊNCIA A REAÇÃO DO DOENTE	<p>E46 Se lhe explicarmos que vamos puncionar uma veia, vai ficar com um soro,</p> <p>E46 os doentes aceitam e dizem-nos sim, sim</p>

	<p>E51 Ainda agora tivemos uma jovem que tirou uma simples drenagem pelo facto de não saber como as coisas se iriam processar, esteve mal, muito angustiada, não dormiu. Só depois é que apercebemos daquela reacção, do não dormir, por uma razão muito simples, que não foi explicado ao doente como se ia proceder, se doía, se não doía.</p> <p>E52 a pessoa que sabe claramente o que vai fazer da sua situação, que está esclarecido, que sabe da medicação, é um doente que coopera muito e ajuda muito nos nossos cuidados.</p> <p>E52 Sabe o que vai passar para a frente,</p> <p>E52 ajuda muito nos cuidados, é assim!</p> <p>E52 O doente naquele dia vai fazer este exame, que consiste nisto e nisto e é por isto que vai fazer.</p> <p>E52 E era muito importante também para nós e para o doente.</p> <p>E52 Este fica menos ansioso, menos nervoso, muito esclarecido.</p> <p>E56 Se o doente tiver bem esclarecido, se souber os procedimentos, os tratamentos a que vão ser sujeitos, vai ter que aguentar... hum... Pausa.</p>
--	--

<p>♦ HOSPITAL MEIO DESCONHECIDO Q PROVOCA SOFRIMENTO</p>	<p>E46 Entram aqui é um meio completamente desconhecido e pronto sofrem muito!</p> <p>E46 Claro desnecessariamente.</p>
<p>♦ MAU ATENDIMENTO MÉDICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - N INF - IGNORAM OS DOENTES 	<p>E46 É mau ao nível médico. Pausa</p> <p>E46 Os médicos não informam de nada... Pausa</p> <p>E46 Eles são péssimos... Pausa</p> <p>E46 Ignoram os doentes, é horrível... pausa</p> <p>E46 Os doentes vão fazer quimio e radio mas não sabem o que têm ... pausa</p> <p>E51 Há uma serie de informações que eu acho que deviam ter sido dados pelo médico, mas somos nós realmente que somos confrontados com estas situações.</p> <p>E51 Porque não há este cuidado da parte médica de explicar concretamente o que é, o que se vai passar, hum...pausa</p> <p>E51 Acho que há coisas estritamente médicas, como é o acto cirúrgico, como é um exame uma CPRE que envolve, como uma arteriografia que envolve muitos riscos.</p> <p>E52 Acho que, que muitas vezes isto não têm a ver com os enfermeiros, os doentes fazem</p>

	<p>exames, sem terem a mínima noção, ideia do que têm e do que vão fazer, nem porque é que o vão fazer.</p> <p>E52 Ninguém esclarece nada, dizem aquele doente da cama X vai fazer uma endoscopia no dia tal e o médico diz-lhe no próprio dia.</p> <p>E52 E agora é assim!</p> <p>E52 E ele fica em jejum, nem percebe porque e, e.... hum... Pausa</p> <p>E54 Como estava a dizer à bocado o médico informa o doente</p> <p>E54 O médico já falou consigo?</p> <p>E54 Não sou eu que os vou informar tem que ser o médico.</p> <p>E54 Muitas vezes a família vem ter connosco, comigo... hum... pausa</p> <p>Sr. enf. Acha que o meu pai têm algo de grave?</p> <p>Vai morrer?</p> <p>Eu vejo as análises e envio para o médico, para explicar.</p> <p>E55 É normal é o médico que o faz.</p> <p>E55 O consentimento informado é uma coisa muito geral e implica tudo e mais alguma coisa</p>
--	---

♦ RELAÇÃO MÉDICO/ ENF - MÉDICOS IGNORAM AS ENFS	E46 Eles também nos ignoram... pausa
♦ ESTUDO	E46 Espero que o seu estudo melhore alguma coisa!
♦ DIREITO	<p>E47 É um direito que todos eles tem, que deviam ser informados</p> <p>E60 Acho que porque nós temos que perceber o que se passa, não é?</p> <p>E60 Nós todos temos os direitos a saber o que é que se passa connosco.</p> <p>E60 E à família, desde que o doente dê autorização acho que deve saber.</p> <p>E60 Portanto acho muito importante e todas as pessoas têm o direito de saber</p>
♦ O C.I NÃO É FEITO - RECEIO DE DIZER O Q PENSA - ACREDITA NO C.I	<p>E47 Eu acredito no consentimento informado, mas não como é feito no nosso serviço,</p> <p>E47 eu sei que não posso dizer, hum... pausa</p> <p>E47 Eu sei que não posso dizer, não quero chatices,</p> <p>E47 mas o consentimento informado não se faz!</p> <p>E52 Eu acho que o consentimento informado, o consentimento informado é isso, é importante nesse sentido.</p>

	<p>E52 É importantíssimo e ainda não está, não está completamente implementado neste serviço, pelo menos.</p> <p>E52 Na Amadora está , aqui não!</p> <p>E53 No fundo nós fazemos o consentimento informado</p> <p>E58 A população não está muito desperta para isso do consentimento informado, ficam acomodados à sua situação.</p> <p>E59 Às vezes falta estes aspectos , o consentimento informado no nosso serviço!</p>
♦ C.I NÃO É SÓ UM PAPEL	<p>E55 O consentimento informado como papel assinado acho que não!</p> <p>E55 Porque muitas vezes é dado um papel ao doente</p> <p>E55 e não lhes é explicado tudo aquilo que o papel implica.</p> <p>E55 E com isso os médicos sentem-se protegidos porque foi assinado o papel, só que o doente pode não saber muito bem o que assinou.</p> <p>E55 Eu nunca assisti à transmissão da informação e assinatura desse papel do consentimento informado por parte do doente.</p>

	<p>E55 Mas nós vemos o consentimento informado que existe no serviço, normalmente o que temos é o da anestesia,</p> <p>E55 nós vemos o papel e o papel não diz nada, é geral, portanto dá hipóteses do médico fazer todas as técnicas, quer dizer, que sejam necessárias, é muito abrangente. Pausa</p> <p>E58 De momento o consentimento informado é um papel burocrático, que os doentes têm que assinar ou a família.</p>
<p>♦ NÃO CONTRIBUI P/ HUMANIZAÇÃO DA FORMA COMO É FEITO</p>	<p>E55 Eu acho que em termos de consentimento informado o papel não contribui para a humanização.</p> <p>E55 No entanto, o consentimento informado que se está a praticar, o papel assinado, não traz humanização.</p> <p>E47 Como há humanização se o doente como já lhe contei não sabem que vão ficar com uma colostomia?</p> <p>E47 Assim, não!</p>

<p>♦ FALTA DE PESSOAL, R.H E MATERIAIS</p> <p>- REAÇÃO DOS ENFS - DESMOTIVAÇÃO</p>	<p>E48 também é assim, bom nesta fase, acaba por tanto a falta de pessoal, de recursos humanos e materiais e etc..</p> <p>E48 Não contratam enfermeiros,</p> <p>E48 foram todos para o Norte ficaram poucos,</p> <p>E48um enfermeiro para vinte doentes,</p> <p>E48 faz-se o que se pode,</p> <p>E48 se há tempo informa-se.</p> <p>E48 Acaba por desligar um bocadinho</p> <p>E48 Estou-me nas tintas é deixar o barco correr.</p> <p>E48Já não luto como antigamente.</p>
<p>♦ C.I MELHORA A RELAÇÃO ENF/ DTE</p>	<p>E48 e havendo este cuidado nós temos a preocupação de informar o doente</p> <p>E48 e conversar com o doente</p> <p>E48 e aí acabamos por ligar à família</p>

	<p>E48 e acaba por haver maior vínculo e o acompanhamento é diferente.</p> <p>E48 E o acompanhamento psicológico também é diferente, é melhor.</p> <p>E48 Interligamos e interpomos com os outros</p> <p>E53 falamos sempre com o doente sobre tudo o que lhe vamos fazer,</p> <p>E53 sobre tudo o que quer, nós esclarecemo-los.</p> <p>E53 Sem dúvida, nós podemos ficar ao pé do doente, prestar os cuidados e não falarmos com ele sem informá-lo, é impossível</p> <p>E54 e nós podemos dar apoio,</p> <p>E54 só que damos apoio.... hum.... não podemos mais.</p> <p>E54 Explicamos mas não em diagnóstico,</p> <p>E54 esclarecemos de algumas patologias,</p> <p>E54 ajudar a esclarecer patologias,</p> <p>E54 para o doente estar esclarecido para saber... hum... Pausa</p> <p>E54 Os doentes estão muito relutantes às vezes a certos exames, vêm lá de fora com ideias muito confusas.</p>
--	--

	<p>E54 Quando tem neoplasias do recto só pelo facto de ficarem com um saco, como eu disse já é uma coisa muito grave têm que se explicar como por ex. que há vários métodos. Pausa</p> <p>E54 Sem ficar com o saco como eles dizem, é complicado!</p> <p>E54 Eles vêm com ideias lá de fora é ajudar a esclarecer</p> <p>E54 e tentar dentro do possível esclarecer</p>
<p>♦ SÓ HÁ HUMANIZAÇÃO SE O DTE FOR INF</p> <p>- DTE PARTE INTEGRANTE DO PROCESSO</p>	<p>E50 O doente está informado do que está e vai acontecer e só por aí podemos falar em humanização.</p> <p>E50 Só assim podemos humanizar os cuidados.</p> <p>E57 Ao informarmos as pessoas e ao pedirmos o seu consentimento informado, estamos a humanizar.</p> <p>E57 Estamos a torná-los parte integrante daquele, seu tratamento.</p> <p>E isto contribui para a humanização.</p> <p>E58 O doente se souber a intervenção, o que se vai seguir, quais os riscos, o que poderá minimizar, poderá ser melhor.</p> <p>E58 Proporciona maior conforto, maior segurança, o doente sente-se mais seguro.</p>

	<p>E59 Fala-se pouco com o doente.</p> <p>E59 O consentimento informado é bom para o doente saber o que se passa com ele</p> <p>E59 e saber que vai fazer os exames isto contribui para a humanização.</p>
HISTÓRIA DE VIDA	<p>E49 Por ex. eu tive um doente que ia ser operado ao esófago e a certa altura apercebi-me que ninguém lhe tinha explicado o pós operatório, isto é iria ser ventilado. Eu expliquei-lhe ao doente e à família.</p> <p>Foi horrível senti-me mal, cheguei a casa angustiada e se o médico souber?</p> <p>E54 dou-lhe um ex. eu tive um familiar com neo da bexiga e o médico disse-me que só lhe dava 6 meses de vida e já passaram 20 anos. Eles também se enganam.</p> <p>E54 Tive um doente que tinha uma carcinomatose peritoneal, o médico disse-lhe que havia uma luz ao fundo do túnel. Claro que eu sabia que não havia nenhuma luz. Pausa</p> <p>E55 O Prof. do nosso serviço fez um documento para o consentimento informado e eram os enfermeiros que entregavam.</p> <p>Claro que não o fizemos, nem sabíamos o que o médico tinha informado ao doente, nem</p>

	<p>muito menos no diagnóstico.</p> <p>Negamo-nos a participar nisso!</p>
♦ BAIXO NIVEL CULTURAL E ECONOMICO	<p>E49 Mas por outro lado, eu penso assim, nós temos uma população um bocadinho bocadinho, bocadinho.... hum... Pausa</p> <p>E49 Com um nível baixo.</p>
♦ O DTE C/ CANCRO SABE MESMO QUE LHE OCULTEM A VERDADE	<p>E49 Mas, digo-lhe para mim todo o doente que tem um cancro, sabe que o tem,</p> <p>E49 os doentes têm um sexto sentido.</p> <p>E54 O doente sabe o que se passa pela nossa cara, pelas nossas feições, mesmo sem nós querermos. É assim!</p>
♦ DTE CONSENTE	<p>E50 Vai ser explicado ao doente toda e qualquer técnica, este irá consentir ou não</p>
W EM EQUIPA	<p>E51 Há muita falta de dialogo, pronto, não é só dos médicos, penso que é do conjunto.</p>

	<p>E51 A equipa nem sempre funciona, como uma equipa como um todo.</p> <p>E51 Acho que ela é muito importante, que era muito importante que houvesse uma atitude diferente, para que soubéssemos, hum...Pausa</p> <p>E51 Estar a par do que se está e vai passar, para podermos muitas vezes quando somos confrontados com qualquer tipo de dúvidas podermos dar outro tipo de solução</p>
RECUSA DO DOENTE AO TTRATAMENTO	<p>E55 todas as hipóteses que tem de recusar ou não recusar. Pausa</p> <p>E55 Pois tudo isto implica também recusa.</p> <p>E55 Ou não recusar em relação à sua saúde, implicar o doente nos seus cuidados isso traz, leva à humanização.</p>
ENF. NÃO INFORMA P/ PROTEGER-SE	<p>E54 Nós não podemos dar informação... hum... pausa</p> <p>E54 Eu não costumo fazer isso.</p>

	<p>E54 Se tem que ser operado ou se tem um exame, muitas vezes perguntam-nos a nós se o pai deve ou não fazer aquela cirurgia ou o exame.</p> <p>Se informar-mos quem nos defende?</p> <p>Ninguém!</p> <p>E54 Tenho sempre uma atitude defensiva, quero terminar o dia bem,</p> <p>E54 porque senão há represálias.</p> <p>E54 Informa-se como se sabe de uma forma velada</p> <p>E54 Nós informamos e depois não temos rede.</p> <p>E54 Eu nunca digo o diagnostico grave e outro se não for grave com cuidado.</p> <p>E54 Ninguém nos defende e eu quero terminar o dia sem problemas.</p> <p>E54 Se não tenho problemas.</p>
--	---

DOENTES HPL

SIGNIFICADO DO C.I

♦ INFORMAÇÃO	<p>E61 Eu já não conseguia ver, tinha cataratas e a Dr. S explicou-me tudo</p> <p>E61 e eu percebi o que tinha que fazer antes e depois da cirurgia.</p> <p>E61 Porque se não fosse operada perdia a vista.</p> <p>E62 que se dê a informação completa aos doentes.</p> <p>E62 Dar informação é necessário.</p> <p>E63 Acho que fui bem informada, tanto com o médico da urgência, como na consulta.</p> <p>E63 Explicaram-me tudo!</p> <p>E64 É muito importante a informação,</p> <p>E66 Os doentes devem estar informados do que têm.</p> <p>E67 Porque acho que é importante toda a pessoa saber as doenças que têm. Pausa.</p> <p>E68 Eu acho que a pessoa devia ser informada,</p> <p>E69 Eu fui informado do que tinha</p> <p>E70 Eu gosto ao contrário da minha mulher,</p>
--------------	---

	<p>E70 gosto de saber o que tenho</p> <p>E71 saber</p> <p>E71 e conhecer como se vai desenrolar a doença.</p> <p>E71 entender a minha doença.</p> <p>E73 as pessoas estarem informadas do que têm.</p> <p>E74 Eu acho importante ter a informação.</p> <p>E75 é importante o doente estar informado.</p>
♦ ACHA BEM	<p>E61 Eu acho muito bem.</p> <p>E62 Acho que é essencial</p> <p>E63 Acho bem.</p>

	<p>E64 É muito bom .</p> <p>E67 É muito importante.</p> <p>E69 Acho que bastante.</p> <p>E70 Sim,</p> <p>E70 acho que é muito importante.</p> <p>E71 É muito importante</p> <p>E72 Para mim foi muito importante</p> <p>E73 Acho que é importante</p> <p>E75 Eu acho que é importante,</p> <p>E75 eu acho que sim</p>
♦ NÃO DEVE HAVER A NÃO INF	E62 Não dizer nada, não deve ser!
♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DTE - MECANIZADA	E63 A doença que tinha, tive a sorte de ter o meu médico na urgência e a minha Dr. A.P

	<p>E63 que é uma amiga sempre me explica tudo,</p> <p>E63 com muita calma</p> <p>E63 e fico sempre calma quando falo com ela,</p> <p>E63 ela é muito carinhosa.</p> <p>E64 mas a medicina está muito mecanizada,</p> <p>E64 os médicos esquecem-se da ideia... hum... Pausa</p> <p>E64 Os médicos deviam acompanhar os doentes, os doentes estão debilitados.</p> <p>E64 Acompanhar a nível psicológico os doentes</p> <p>E64 Os médicos não têm essa característica humana, ao meu ver.</p> <p>E64 e não informar ou dizer o que eles tem de uma forma mecânica</p>
♦ NÃO INF	<p>E65 Até agora tenho pouca a noção do que é que eu tenho.</p> <p>E65 Sei que tenho uma infecção respiratória e pouco mais.</p> <p>E65 E não sei mais do que se passa.</p> <p>E65 Em termos da equipa médica transmitida ao doente o que se passa comigo é nula!</p>

	E74 E não sei muito bem o que me vão fazer.
♦ SÓ INF FAMILIA	E68 mas eles só informam... hum... só falam com a minha filha.
♦ DÚVIDA	E68 O que eu hei-de dizer?
♦ ACEITOU O TRATAMENTO	E69 e por isso aceitei ser internado. E70 se aceito ou não.
♦ DAR A OPINIÃO	E70 e dizer o que acho,
♦ RECUSA CIRURGIA	E74 Mas eu não quero ser operado!

Ajudou a entender a doença e esclarecer dúvidas

<p>♦ SIM</p>	<p>E61 Sim.</p> <p>E63 Sim.</p> <p>E64 Em generalidade sim.</p> <p>E64 Sim</p> <p>E66 Ajudou-me</p> <p>E69 Sim,</p> <p>E69 sim.</p> <p>E70 Tirou com certeza.</p> <p>E71 Sim,</p> <p>E71 em tudo</p> <p>E72 Sim.</p>
--------------	--

	<p>E75 Sim,</p> <p>E75 foi muito importante.</p>
♦ PREPARAÇÃO DA FAMÍLIA P/ A ALTA	<p>E61 de tal maneira que tive que esperar que o meu filho acabasse os exames para depois eu poder ser operada e ele me ajudar em casa</p>
<p>♦ INFORMAÇÃO</p> <p>- DÚVIDAS</p>	<p>E61 Tudo explicadinho</p> <p>E62 Têm-me explicado o que eu tenho, é falta de oxigénio no sangue.</p> <p>E62 Estava em casa e vim para a urgência para me informar o que eu tinha</p> <p>E62 e pergunto sempre que tenho dúvidas ao médico.</p> <p>E63 Explicou-me tudo</p> <p>E63 Eu sou diabética e também hipertensa e isto tudo causou-me um desequilíbrio...</p> <p>E63 E eu já sabia, porque me tinham explicado que quando tivesse a hemorragia devia ir ao</p>

	<p>médico da urgência do hospital para ser tratada.</p> <p>E63 Ele disse-me que tinha que ficar internada devido á diabetes e à hipertensão para ser vigiada e medicada.</p> <p>E63 Ele disse que eu estava na iminência de ter um enfarte da maneira que tive que fazer exames</p> <p>E63 e explicaram-me porque os devia fazer.</p> <p>E64 explicaram-me,</p> <p>E64 despejam a informação,</p> <p>E66 porque me foi explicada a medicação para ficar boa.</p> <p>E67 Só vou saber depois do TAC. Pausa</p> <p>E69 Bom neste momento estou esclarecido</p> <p>E70 Fui informado de tudo quanto eu quis saber.</p> <p>E71 mas sobretudo ajudou-me na medicação que estou e que vou ter que tomar.</p> <p>E72 Foi uma reintervenção e para mim foi imprescindível saber o que eu tinha. Pausa</p> <p>E72 Nem sei como seria se fosse doutro modo.</p>
--	---

	E72 Foi muito importante saber o que se passa.
♦ VISÃO DA SUA DÇA	<p>E62 Esta minha doença foi muito esquisita, até os médicos não sabiam o que eu tinha, começaram por me dar um leque de doenças que até não tinha, para depois se chegar à conclusão correcta.</p> <p>E63 Quando vi o sangue fiquei em pânico e fui logo ao hospital, que é onde eu vou sempre.</p> <p>E63 A diabetes desceu logo e a hipertensão também desceu. Pausa</p> <p>E68 Há três anos que até me custa a engolir o comprimido.</p>
♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DTE	<p>E63 E tive a sorte de encontrar os meus dois médicos, que me trataram e explicaram tudo.</p> <p>E64 mas os médicos são muito apressados,</p> <p>E64 mas não acompanham o doente,</p> <p>E64 tanto como deveriam, ao meu ver acompanhar.</p> <p>E73 Corri de médico para médico até quer alguém me ajudasse,</p> <p>E73 me desse resposta ao meu problema.</p>

	E73 E essa resposta ainda não sei.
♦ TRATAMENTO	<p>E63 Tenho sido muito bem tratada pelos meus médicos e pelas enfermeiras.</p> <p>E63 Tenho sido muito bem tratada, acarinhada, mas estou desejosa de ir para casa.</p> <p>E63 Só tenho a dizer tudo de bom.</p>
♦ NÃO INF	<p>E65 Não!</p> <p>E65 Como lhe disse não sei o que tenho,</p> <p>E65 ninguém me informou de nada.</p> <p>E67 Por enquanto ainda não se sabe.</p> <p>E67 Portanto ainda não sei muito bem o que tenho e o que vou fazer.</p> <p>E68 Não,</p> <p>E68 em nada.</p> <p>E68 Eu estou muito mal da garganta, já fiz vários exames, mas não me dizem nada do que eu tenho.</p> <p>E74 Tenho aqui os exames, mas não considero que sei o que me está acontecer.</p>

	E74 Não estou muito bem esclarecido.
♦ O DTE NÃO ENTENDE A LINGUAGEM MÉDICA	E69 Mas não percebi tudo, alguma coisa. Pausa E69 Há termos que os médicos usam e que eu não percebo.
♦ MAIS OU MENOS - DÚVIDAS	E73 Mais ou menos. E73 Tirou-me mais ou menos as dúvidas. Pausa
♦ REAÇÃO À NÃO INF	E74 Estou a ficar nervoso e confuso.
♦ AJUDA	E75 claro que ajudou. E75 Ajudou muito

UTILIDADE DO C.I

♦ SIM	E61 Sim. E61 Acho. E62 Sim, E62 muito E62 é essencial. E63 Acho que sim. E64 Acho que sim. E65 Sim. E66 Sim. E66 Eu acho que sim. E67 Acho,
-------	---

	<p>E67 acho muito útil.</p> <p>E69 Acho bastante.</p> <p>E68 Eu acho que sim,</p> <p>E70 Sim,</p> <p>E70 foi muito útil para mim.</p> <p>E71 Sim,</p> <p>E71 acho muito útil.</p> <p>E72 Sim,</p> <p>E72 muito útil.</p> <p>E73 Sim.</p> <p>E73 Acho que deve ser importante,</p> <p>E74 Acho útil,</p>
--	---

	<p>E75 Sim,</p> <p>E75 muito útil.</p>
<p>♦ INFORMAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - ANTECIPADA - RECUPERAÇÃO - ESPERANÇA 	<p>E61 Porque todas as pessoas deviam saber antecipadamente o que tem, para depois poderem recuperar mais depressa,</p> <p>E63 Para evitar cometer disparates pela segunda vez.</p> <p>E64 Indispensável saber o que se passa connosco,</p> <p>E64 mas temos que ser acompanhados pelo médico na esperança de que as coisas vão evoluir.</p> <p>E66 Antigamente era escondido tudo, hoje é explicado tudo ao doente.</p> <p>E66 Não somos enganados.</p> <p>E68 que o doente precisa de saber ,</p> <p>E69 Porque as pessoas devem saber o que tem,</p>

	<p>E70 Gosto de saber o que tenho, o que se passa,</p> <p>E70 gosto de ter essa informação.</p> <p>E71 Para sabermos o que devemos fazer e o que temos.</p> <p>E72 Como já lhe disse para mim foi muito importante saber o que eu tenho</p> <p>E72 ou tinha e saber como as coisas vão decorrer.</p>
♦ QUALIDADE DE VIDA	E61 para que podesse ser operada e estarem melhor na vida.
♦ PARTICIPAÇÃO	E61 Se não soubermos não podemos fazer nada.
♦ DIREITO	E63 O doente tem todo o direito de ser informado.
♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DOENTE - MECANIZADOS - DESAMPARO	<p>E64 Senão eu sinto-me desamparado,</p> <p>E64 olhe tem isto e aquilo e depois fico desamparado, é um pouco isto!</p>

	<p>E64 É a época moderna!</p> <p>E64 Os médicos hoje em dia são mais materialistas, mecanizados... hum... pausa</p>
♦ HISTÓRIA DE VIDA	<p>E64 A minha geração vai desaparecer, os amigos da minha época tenho poucos ou quase nenhuns, cada vez vou tendo menos amigos. Desculpe!</p>
♦ NÃO INF	<p>E65 Mas não me informaram.</p> <p>E65 Aguardo que falem comigo.</p> <p>E67 Mas como lhe disse ainda não sei o que tenho.</p> <p>E73 mas ainda não sei o que tenho.</p> <p>E74 mas não fui informado.</p>
♦ DÚVIDA	<p>E68 não é?</p>
♦ O MÉDICO SÓ INF A FAMÍLIA	<p>E68 A Sr. Dr. E estive aqui e estive a falar com as minhas filhas aqui à minha frente</p>
♦ ORGANIZAR A VIDA	<p>E69 para organizar a sua vida.</p>

♦	

QUEM INFORMA E PEDE O C.I

♦ MÉDICO	<p>E61 O médico.</p> <p>E61 O doutor.</p> <p>E62 O médico, é claro!</p> <p>E63 O médico,</p>
----------	--

	<p>E63 o nosso médico.</p> <p>E64 O médico,</p> <p>E65 O médico.</p> <p>E66 O médico.</p> <p>E67 O médico, claro!</p> <p>E68 Eu acho que é a médica,</p> <p>E69 Na escala hierárquica deve ser primeiro o médico, penso eu.</p> <p>E70 O médico,</p> <p>E72 O médico.</p> <p>E74 Penso que terá que ser o médico.</p> <p>E75 Mas sobretudo os médicos.</p>
♦ INFORMAÇÃO	<p>E64 para saber o que eu tenho</p> <p>E64 e o que devo fazer.</p>

	<p>E69 Na altura em que se está doente toda a informação é boa,</p> <p>E69 sempre boa.</p> <p>E73 Para sabermos como irá ou vai correr.</p>
♦ RELAÇÃO MÉDICO/DTE	<p>E64 é a minha tábua de salvação,</p> <p>E64 a pessoa a que eu estou agarrado para resolver,</p>
♦ DÚVIDA	<p>E68 não é?</p> <p>E70 não é?</p>
♦ EQUIPA (MÉDICOS E ENF)	<p>E71 Os enfermeiros e os médicos.</p> <p>E73 O médico e também o enfermeiro.</p> <p>E75 As enfermeiras e os médicos. Pausa</p>

--	--

PARTICIPAÇÃO NO C.I

♦ SIM - PARTICIPOU	<p>E61 Eu também participei, disse que podia-me operar.</p> <p>E65 Eu acho que seria importante participar,</p> <p>E66 Sim.</p> <p>E70 Sim.</p> <p>E70 Gosto de saber</p> <p>E70 e gosto de participar,</p>
♦ CONCORDOU - AUTORIZOU	E61 A minha opinião é que depois de me explicarem, eu concordei e fui operada.

	<p>E65 se concordamos ou não com a decisão médica.</p> <p>E70 de dizer se concordo ou não.</p> <p>E70 Neste caso concordei, mas antes explicaram-me.</p> <p>E71 De resto devo participar, se concordo ou não com a operação</p> <p>E71 ou se quero ser operado.</p> <p>E72 Gostaria de ter o que eu tenho, que é a autonomia para optar.</p> <p>E72 Depois de ter a informação ter a autonomia para optar,</p> <p>E72 para dizer sim ou não.</p>
<p>♦ SUBJECTIVO</p> <p>- INF V.S GOSTAR</p> <p>- ASSOCIADA À EXISTÊNCIA DA DÇA</p>	<p>E62 Olhe é conforme, vou dar-lhe um exemplo eu fiz uma mastectomia e perguntaram-me se queria tirar o peito, eu não gostava mas teve que ser.</p> <p>E62 É subjectivo</p>
<p>♦ A DECISÃO É MÉDICA</p> <p>-ENTREGAR-SE NAS MÃOS DO MÉDICO</p>	<p>E62 eu não posso dizer que não quero isto ou aquilo eu não sou médica.</p>

<p>- CONFIANÇA</p>	<p>E67 mas não me meto nos assuntos médicos.</p> <p>E69 Se tivesse habilitado acho que sim, mas como não tenho conhecimentos,</p> <p>E69 tenho que me entregar nas mãos do médico que está a fazer, a tratar-me.</p> <p>E73 Eu confio nos médicos.</p> <p>E73 Eu concordo inteiramente na decisão dos médicos. Pausa</p> <p>E73 Eles é que sabem</p> <p>E75 Isso depende se nós confiamos ou não no médico</p> <p>E75 e eu confio no médico.</p>
<p>♦ DÚVIDA</p>	<p>E63 Não sei se tenho preparação para isso,</p> <p>E63 não acha?</p> <p>E71 Em que aspecto na operação?</p>
<p>♦ NÃO</p>	<p>E63 é melhor não!</p> <p>E63 Eu acho que é preciso conhecer bem a medicina para ter as respostas acertadas,</p>

	<p>E64 Não.</p> <p>E64 Não gostaria.</p> <p>E64 Mas não sou contra,</p> <p>E64 mas não percebo da medicina para participar.</p> <p>E69 Não tenho muita a certeza disso.</p> <p>E71 Se for na operação eu não tenho conhecimentos para dizer nada.</p> <p>E72 Não!</p> <p>E73 e eu não me meto.</p>
♦ RELAÇÃO MÉDICO/DTE	<p>E65 Mas pelo menos falar com os doentes</p> <p>E65 e esclarecer as dúvidas para mim já era importante.</p> <p>E68 O meu marido era da CGD, gostava muito dos médicos dele, tudo bem!</p> <p>E68 Mas agora é diferente.</p> <p>E68 Não estou a dizer que os médicos não prestam, mas não sei.</p>

♦ OPENIÃO	<p>E66 Se eu perceber o que me vão fazer posso dar a minha opinião,</p> <p>E66 mas os médicos não ma perguntam.</p> <p>E67 Às vezes dou a minha opinião,</p>
♦ NÃO ACEITA DECISÃO MÉDICA - FALTA DE CONFIANÇA	<p>E68 Não sei se aceito a decisão deles,</p> <p>E68 não sei se aceito, minha senhora, o que os médicos me poderão querer vir a fazer.</p> <p>E74 Mas como eu já lhe disse e vou continuar a repetir não quero ser operado.</p> <p>E74 Ele pôs as carta na mesa e eu optei não quero ser operado.</p>
♦ INFORMAÇÃO DADA P/ MÉDICO	<p>E71 Mas isto tem a ver com a informação e a explicação que o médico nos dá.</p> <p>E71 Você se não for operado tem x riscos e tem Y percentagem de ficar bom, não é?</p> <p>E74 O médico explicou-me.</p>

TRANSMISSÃO DA INF. TÉCNICA DA DÇA

<p>♦ INF. MÉDICA</p>	<p>E61 Disse-me o Dr. T.... é que me disse que devia ser operada e me enviou para a Dr. S que me operou.</p> <p>E61 A Dr. S explicou-me o que ia fazer, porque se não o fizesse ficava cega.</p> <p>E62 Pelo médico.</p> <p>E62 e depois um dia por minha iniciativa...</p> <p>E63 Pessoalmente, como já lhe expliquei.</p> <p>E69 No fim, digamos assim.</p> <p>E69 O médico passou no fim do dia no quarto, disse-me a que me tinha operado.</p> <p>E70 Foi uma hérnia discal, fui ter com o médico e ele examinou-me e disse-me que a única solução era operar.</p> <p>E70 E mostrou-me o que eu tinha no TAC e que a única solução era operar.</p>
----------------------	--

	<p>E70 E vai-me explicando tudo.</p> <p>E71 Foi explicada pelo médico,</p> <p>E71 depois dos exames que fiz explicou-me como já lhe disse que deveria ser operado, para ficar bem.</p> <p>E72 Explicaram-me tudo o que iam fazer,</p> <p>E72 também o médico anestesista me explicou.</p> <p>E72 Portanto não houve nenhuma surpresa.</p> <p>E74 Explicou-me com os exames,</p> <p>E75 Na consulta disse-me o que tinha e que tinha que ser operada</p>
♦ TRATADA P/ TELEFONE	E62 Eu comecei em casa a ser tratada pelo telefone
♦ HOSPITAL PÚBLICO V.S PRIVADO	<p>E62 O médico explicou-me mais ou menos o que me tinha sido afluído no hospital público,</p> <p>E62 no público como sabe é tudo ao molho e fé em Deus!</p> <p>E62 Ou seja tive que vir para o privado para saber o que tinha.</p>
♦ DTE	E64 Oh! Minha Senhora!

	<p>A informação da minha doença começou por mim, julgava que fosse uma pedra no rim, mas chegamos à conclusão eu e o médico que era uma ciática.</p>
♦ NÃO INF	<p>E65 Não me foi nada transmitido,</p> <p>E65 não sei o que se passa.</p> <p>E66 A informação técnica não me foi dada.</p> <p>E66 Estou á espera que me digam o que vou fazer e o que já fiz.</p> <p>E66 Não foi.</p> <p>E66 Nunca me foi explicado</p> <p>E67 Não foi.</p> <p>E67 Estou à espera.</p> <p>E68 Não foi!</p> <p>E73 Não foi,</p> <p>E73 foi pouco.</p> <p>E73 Foi de uma forma muito vaga,</p>

	E73 não percebi muito bem.
♦ RELAÇÃO MÉDICO/DTE - ENTREGUEI-ME NAS MÃOS DELE	<p>E64 Ele não podia dizer nada, o médico, bem visto... hum... porque também não sabia o que eu tinha.</p> <p>E64 Quando foi detectado, fiz este e aquele exame e foi aí que se percebeu.</p> <p>E64 Mas não chegou e disse agora é isto, não, mas também não sabia. Está a perceber?</p> <p>E70 E eu entreguei-me nas mãos dele. Pausa</p> <p>E70 E ele dá-me uma assistência fabulosa,</p> <p>E70 vem cá duas vezes por dia,</p> <p>E70 ele é fantástico!</p> <p>E75 e como lhe disse eu confio no médico</p> <p>E75 e entreguei-me a ele.</p>
♦ VISÃO DA SUA DÇA	E66 Fui de médico em médico a fazer análises durante dois anos. Comecei a ficar com uma cor amarela e tinha um tumor.

	E70 A doença apareceu-me.
♦ INF SÓ FAMÍLIA	E69 Mas já tinha falado anteriormente com a minha mulher., foi assim.
♦ EM TERMOS GENÉRICOS	E72 Em termos genéricos.
♦ RECUSA TRATAMENTO	E74 mas eu não quero ser operado.

DTES ACESSO À INF QDO TÊM DIAGNÓSTICO GRAVE

<p>♦ SIM</p>	<p>E61 Acho que sim.</p> <p>E65 Eu pessoalmente acho que sim.</p> <p>E66 Sim.</p> <p>E66 Acho que sim.</p> <p>E69 Acho que sim, porque, porque.... hum... pausa</p> <p>E70 Eu acho que devem ter.</p> <p>E70 Eu acho que devem ter,</p> <p>E72 Sim.</p> <p>E72 Acho que sim.</p> <p>E73 Acho que devem ter.</p> <p>E74 Acho que sim.</p>
--------------	--

	E75 Sim.
<p>♦ INFORMAÇÃO</p> <p>- CONCORDÂNCIA C/ O QUE TÊM</p>	<p>E61 Acho que devem ser informados.</p> <p>E61 Porque se a pessoa tiver uma coisa má, um cancro deve ir a um sitio adequado, para realizar o seu tratamento da melhor forma possível, E61 mas sabendo o que têm.</p> <p>E63 Acho que deve saber,</p> <p>E65 Porque se me acontece a mim, gostaria de ser o primeiro a saber.</p> <p>E65 Que assim ajudaria além de tudo</p> <p>E65 Mas o doente deve saber,</p> <p>E65 deve ser o primeiro a saber.</p> <p>E65 Vai custar muito de certeza</p> <p>E65 Mas é importante o doente saber o que tem.</p> <p>E66 Porque nós gostamos de saber sempre,</p> <p>E66 E é importante sabermos o que temos.</p> <p>E67 Devem ser informados.</p>

	<p>E67 como há-de de continuar a sua vida,</p> <p>E67 o resto da vida que lhe falta viver.</p> <p>E69 Porque trata-se da saúde das pessoas</p> <p>E71 Acho que devem saber,</p> <p>E71 não devem andar iludidos.</p> <p>E72 Posso não perceber, mas tento perceber o que se passa comigo.</p> <p>E73 Porque o próprio doente deve saber do seu estado,</p> <p>E73 do que tem,</p> <p>E73 para saber como deveria actuar.</p> <p>E75 Dá-nos uma certa força sabermos o que temos</p> <p>E75 até para poderem ajudar-nos.</p>
<p>♦ DEPENDE DO DTE - PERSONALIDADE</p>	<p>E62 Acho que depende do doente. Pausa</p> <p>E62 As pessoas não são todas iguais</p>

	<p>E62 e depende da personalidade da pessoa em questão. Pausa</p> <p>E62 Há pessoas que devido ao seu temperamento não se pode dizer nem fazer nada, isto é regra geral.</p> <p>E64 Depende da pessoa.</p> <p>E64 Para uma pessoa que tenha... hum... pode ser um descalabro.</p> <p>E74 Depende muito do doente</p>
♦ PREPARAÇÃO ANTERIOR	<p>E63 Acho que devem ser preparados para depois poderem receber a informação.</p> <p>E63 devem ser preparados para depois receber a informação do que se passa.</p>
♦ COMPLEXO	<p>E64 Isso é um caso muito complexo minha senhora. Pausa</p> <p>E64 Depende da pessoa,</p> <p>E64 é muito complexo,</p> <p>E64 é muito,</p> <p>E64 muito,</p>

	<p>E64 muito complexo!</p> <p>E64 Ao meu ver não se pode dizer é A ou B,</p>
♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DTE	<p>E64 o médico, se for um médico que conheça, que sinta o doente, ele é que sabe,</p> <p>E64 ele é que sabe se deve ou não dizer.</p> <p>E64 Como deve dizer e a quem deve dizer.</p> <p>E64 Ele é que sabe.</p> <p>E64 Mas se for o médico a dizer toma lá dá cá, não pode ser assim!</p>
♦ FAMÍLIA	<p>E65 e também a família deve saber.</p> <p>E65 e não sei se a família saberá lidar com isso.</p> <p>E68 Sabe a família e o doente não... hum... pausa</p>

	E75 É assim, a família muitas vezes quer interferir porque acha que sabe o que é melhor para nós, e eu não sou nada dessa opinião.
♦ AJUDA	E66 ajuda na doença.
♦ DIREITO	E67 Todas as pessoas tem o direito de saber,
♦ NÃO INF	E68 Às vezes é melhor não saber. E74 e se não quiser saber?
♦ DÚVIDA	E68 Não sei se será bom as pessoas saberem isso. Pausa
♦ ORGANIZAR A VIDA	E69 e as pessoas têm consciência, que ter a consciência se é grave ou não a situação que têm, E69 para organizar a sua vida.

♦ ENGANADOS	E70 porque não podemos andar enganados
♦ HISTÓRIA DE VIDA	E72 Já tive alguns casos graves na família, não terminais e li sempre todos os relatórios dos médicos.
♦ LINGUAGEM ADQUADA - COMUNICAÇÃO	E74 Mas há formas de dizer as coisas.

ACESSO A TODA A INF DA DÇA

♦ SIM	<p>E61 Sim.</p> <p>E62 Sim.</p> <p>E62 Para mim foi</p> <p>E62 e é muito importante.</p>
-------	--

	E63 Sim,
	E63 quero
	E64 Sim, pois.
	E64 Sim como já lhe disse,
	E65 Sim, claro!
	E66 Sim.
	E66 Quero,
	E67 Sim,
	E68 Sim.
	E68 Queria ter,
	E69 Sim.
	E70 Quero
	E71 Sim,
	E72 Sim.
	E73 Sim,

	<p>E74 Sim,</p> <p>E75 Sim,</p> <p>E75 claro que sim!</p>
♦ INFORMAÇÃO	<p>E61 Porque os médicos têm que dizer tudo às claras e não às escondidas.</p> <p>E63 e tenho.</p> <p>E63 Porque eles me explicam,</p> <p>E64 explicou-me</p> <p>E65 É importante que eu saiba o que se passa,</p> <p>E65 que seja informado.</p> <p>E66 Quero saber para ficar boa e ir para casa.</p> <p>E69 Aquela que me foi perceptível,</p> <p>E69 aquela que me foi transmitida oralmente.</p> <p>E70 e tive!</p> <p>E71 tive toda a informação que quis ter.</p>

	<p>E72 E tive como já lhe disse toda a informação.</p> <p>E74 sei tudo.</p> <p>E74 Sei alguma coisa,</p> <p>E75 Fui informada pelo meu médico.</p>
♦ ALTA	<p>E61 Senão veja o meu caso não sei o que devo fazer quando for para casa.</p> <p>E63 o que devo fazer quando for para casa.</p>
♦ RELAÇÃO MÉDICO/DTE	<p>E64 explicou-me e saiu!</p>
♦ NÃO INF	<p>E65 Coisa que até agora não fui.</p> <p>E66 não quero passar mais dois anos sem saber o que tenho.</p> <p>E67 mas não tenho.</p> <p>E68 mas não tenho.</p> <p>E73 mas não tenho,</p> <p>E73 não tive informação!</p>

	E74 mas não muita,
♦ PAPEIS	E69 Agora papeis e termos técnicos não. E69 Mas tenho os exames comigo, mas é a mesma coisa não percebo nada.
♦ NÃO ENTENDE A INF MÉDICA	E74 não consigo perceber muito bem o que o médico me diz.
♦ REAÇÃO À OPERAÇÃO	E74 Mas posso estar nervoso.

PARTICIPAÇÃO DOS ENFS NA INF E C.I

♦ SIM	<p>E61 Acho que sim</p> <p>E66 Acho que sim.</p> <p>E68 Acho que é evidente que sim.</p> <p>E69 Acho que sim.</p> <p>E71 Acho que sim.</p> <p>E72 Eu acho que sim.</p> <p>E73 Acho que sim.</p> <p>E74 Eu penso que eles devem.</p> <p>E75 Claro que é muito importante.</p>
♦ INFORMAÇÃO	<p>E61 que devem informar também,</p> <p>E61 devem dar a informação.</p>

	<p>E62 e na informação,</p> <p>E63 Acho que os enfermeiros devem estar informados sobre o que se passa com os doentes.</p> <p>E66 Que devem informar,</p> <p>E69 Acho que podem informar</p> <p>E69 e esclarecer-nos.</p> <p>E71 Portanto devem informar</p>
<p>♦ MÉDICO</p> <p>- FUNÇÃO DEPENDÊNCIA MÉDICA</p>	<p>E61 Embora primeiro deva informar o médico, pois ele é que nos vai operar.</p> <p>E63 Mas quem deve informar os doentes e o consentimento informados são os médicos.</p> <p>E63 E depois o medico deve informar a enfermeira do que o doente têm para depois poderem lidar com o doente. Pausa</p> <p>E63 É essa a função da enfermeira, na minha opinião!</p> <p>E64 Quem deve informar é o médico,</p> <p>E64 Quem deve informar o doente é o médico e não o enfermeiro.</p> <p>E67 Desde o momento que o médico diga o que se passa... hum... pausa</p>

	<p>E70 Quando estamos a fazer os tratamentos, depois do médico, acho que sim.</p> <p>E70 Os enfermeiros seguem à risca o que o médico lhes disse,</p> <p>E70 a instrução que lhes são dadas.</p> <p>E74 Mas toda essa informação deve estar centralizada, alguém tem que ser responsável máximo, e terá que ser o médico.</p> <p>E74 Eu acho que o médico,</p> <p>E74 não é que tenha uma relação muito próxima com o doente,</p> <p>E74 mas tem essa obrigação esse dever.</p>
♦ PAPEL MTO IMPORTANTE	E62 Aí também têm um papel bem grande.
♦ APOIO	E62 Sobretudo no apoio

	E62 mas principalmente no apoio.
♦ RELAÇÃO ENF/ DTE - VISÃO DO ENF	E64 o enfermeiro é um braço do médico, para resolver os problemas. E64 O enfermeiro deve ter, mas não tem também o habito de acompanhar o doente, E64 está também muito mecanizado.
♦ EMPREGADAS	E64 Quem diz o enfermeiro diz as empregadas, entregam um tabuleiro, nem bom dia dizem e vão-se embora! E64 É uma falta de nível, de nível! E64 É como dar de comer a um cão, depende não é?
♦ SUBJECTIVO	E65 Isso é um bocado subjectivo.
♦ PARTICIPAÇÃO DOS ENFS - AJUDAR - APTOS	E65 Se os enfermeiros em principio estão aptos para isso, devem participar também ao doente. E65 Pelo menos ajudar o doente perceber o que o doente têm. Pelo menos passa por aí! E67 Participar ... hum... com os cuidados,

	<p>E67 com os cuidados, somente!</p> <p>E70 Podem eventualmente dizer alguma coisa,</p> <p>E70 acho que é importante, nos explicarem o que estão a fazer.</p> <p>E70 E eu pergunto porque tomo isto?</p> <p>E70 E eles explicam.</p> <p>E70 Eu sei que se me estão a dar é porque tem que ser dada, mas eu pergunto sempre eles está claro dizem-me.</p> <p>E71 e participar nesse como se diz consentimento informado.</p> <p>E72 Mas se eu tiver uma dúvida enfermeiro pode participar a esse nível.</p>
♦ TRADUTORES DO MÉDICO	E66 que devem-nos ajudar a explicar o que o médico diz.
♦ NÃO PARTICIPAÇÃO	E67 Não.
♦ OBRIGAÇÃO	E68 Têm que o fazer,

♦ CURSO	<p>E68 têm um curso.</p> <p>E71 Hoje em dia os enfermeiros têm qualificações para também saberem o que estão a fazer.</p>
♦ PROFISSÃO	<p>E68 é a vida delas,</p>
♦ TRABALHO EM EQUIPA	<p>E72 Fazem parte da cadeia das pessoas que depois devem informar os doentes.</p> <p>E72 Estão presentes no nosso antes e depois. Pausa</p> <p>E72 Mas se o médico já informou o enfermeiro, não precisa de duplicar a informação, não é?</p> <p>E73 Que devem participar assim como os médicos.</p>
♦ OS ENFS MAIOR CONTACTO C/ O DTE	<p>E75 Nós contactamos mais com os enfermeiros do que com os médicos.</p>

Família HPL

SIGNIFICADO DO C.I

<p>♦ DÚVIDA</p>	<p>E76 O significado do consentimento informado?</p> <p>E81 Sim, exactamente.</p> <p>E81 Sim é importante</p> <p>E81 Isto tudo é importante.</p>
<p>♦ INFORMAÇÃO</p> <p>- PREPARAR O DTE P/ INF</p>	<p>E76 No fundo é dar conhecimento ao doente de toda a sua situação...hum.. pausa.</p> <p>E76 Eu acho que á partida deve ser dada,</p> <p>E76 embora numa situação grave, deva-se falar com algum familiar... hum... ,</p> <p>E77 A pessoa não deve viver na ignorância,</p> <p>E77 acho que deve ser informada,</p> <p>E77 porque é como diz aqui a minha amiga, depois de informada já se sabe quais os cuidados</p>

	<p>que se deverá ter,</p> <p>E77 e o que lhes pode suceder.</p> <p>E78 Eu acho que se deve saber,</p> <p>E78 deve ter a informação.</p> <p>E78 Eu acho que a gente tem que saber.</p> <p>E78 Tem que se saber.</p> <p>E79 Mas regra geral a informação é um pouco escassa,</p> <p>E79 é genérica, é de qualquer lado para qualquer doença.</p> <p>E79 É chapa um. Pausa</p> <p>E79 É escassa.</p> <p>E79 E deve haver razões para fazerem isso para não alarmarem os doentes.</p> <p>E80 Acho que devemos estar, estarmos completamente informados com o que se passa com o doente.</p> <p>E81 se é a primeira vez que vai para o hospital, fica a conhecer as normas, a doença, a forma como é tratado</p>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> - LINGUAGEM À INF - LIMITES DA INF - TIRAR DÚVIDAS <p>- LINGUAGEM</p>	<p>E82 Acho que a família deve ser informada de tudo o que se passa, de todas as condições, do que vai decorrer,</p> <p>E82 mais a família até do que o próprio doente.</p> <p>E84 Bom, mas também acho agora que não se vai dizer ao doente:</p> <p>« Olhe agora vai ser operado, se correr bem não morre, se não correr bem morre! »</p> <p>E84 Não se vai, vai dar uma informação dessas.</p> <p>E84 Mas deve-se dar a informação dentro dos limites e do razoável.</p> <p>E86 para tirar dúvidas que o doente têm.</p> <p>E87 ficar mais ou menos informado.</p> <p>E89 Mas deve ser dita com delicadeza e prudência.</p> <p>E89 saber a informação à cerca da doença do meu filho.</p>
<p>♦ REAGIR À DÇA</p>	<p>E76 familiar, a mulher, para saber até que ponto é possível hum.... o doente tem, se for uma</p>

	<p>doença muito grave tem capacidade para reagir, não é?</p> <p>E76 Para reagir á doença.</p> <p>E76 mas evidentemente que há doentes que podem ter uma reacção muito negativa.</p> <p>E84 Por ex. o meu marido já estava aqui nuns nervos, porque nunca mais o iam operar.</p>
♦ DIREITO	<p>E76 Bom, mas eu acho que as pessoas têm o direito a saber o que têm,</p> <p>E86 Tem que ser dada,</p> <p>E89 O doente tem o direito de saber tudo sobre a sua doença.</p>
♦ PREPARAÇÃO	<p>E76 E para isso têm, devem ser preparados para isso.</p>
♦ BEM	<p>E77 Acho estupendo.</p> <p>E77 Acho bem.</p> <p>E77 Acho que sim.</p> <p>E77 Acho que é inevitável.</p>

	<p>E79 Eu acho bem.</p> <p>E82 É importante.</p> <p>E83 Claro que é fundamenta</p> <p>E84 Acho muito importante toda a informação que se dá ao doente.</p> <p>E85 Acho que é importante.</p> <p>E85 Acho que não só é importante para o doente estar a par, como também para a família, os parentes mais próximos.</p> <p>E85 É bastante importante.</p> <p>E86 Acho que sim.</p> <p>E87 Acho que é importante</p> <p>E88 É importante. Pausa</p> <p>E88 È importante</p> <p>E89 Acho que é imprescindível.</p> <p>E90 Importantíssimo</p>
--	--

♦ AJUDA	<p>E78 Senão como é que as pessoas, a família ajuda os nossos doentes.</p> <p>E83 I ter a informação para ajudar a minha família, o meu filho.</p>
♦ FALTA DA INF	E84 E muitas vezes a ansiedade, os nervos dos doentes tem a ver com a falta de informação.
♦ A FAMÍLIA NÃO ENTENDE OS TERMOS TÉCNICOS	E88 mas muitas vezes não entendemos os termos técnicos e outras coisas.

O C.I AJUDA A ENTENDER A DÇA

♦ SIM	<p>E76 Há sim,</p> <p>E76 sim.</p> <p>E76 Fui esclarecida,</p> <p>E76 acho útil.</p> <p>E77 Acho que sim.</p> <p>E77 é fundamental.</p> <p>E78 Sim.</p> <p>E78 Foi bom para mim.</p> <p>E80 Sim,</p>
-------	--

	<p>E80 Acho que sim.</p> <p>E81 Sim, exactamente.</p> <p>E83 Sim,</p> <p>E83 sim.</p> <p>E84 Eu acho que sim.</p> <p>E85 Sim,</p> <p>E85 sim.</p> <p>E86 Sim,</p> <p>E86 sim.</p> <p>E89 Sim,</p>
<p>♦ INF</p> <p>- MULHER DECIDE A</p> <p>CIRURGIA</p>	<p>E76 Porque, porque não ter dúvidas,</p> <p>E76 para saber o que devo contar</p> <p>E77 Sabe-se o que aconteceu e o que se deve fazer,</p> <p>E78 Porque fiquei a saber qual era o problema dela.</p>

	<p>E80 esclareceu o que se passava,</p> <p>E80 o que ele tinha e o que tinha que fazer.</p> <p>E81 Entendi</p> <p>E81 e foi-me explicado a doença do meu marido,</p> <p>E81 não só a mim como a ele.</p> <p>E83 Todas, mas sobretudo em relação à alta do meu filho.</p> <p>E84 Até que o médico achou que seria melhor operá-lo, para acabar com este sofrimento constante.</p> <p>E84 A hemorragia era constante, não parava de acontecer, já era a sexta hemorragia, e portanto estava a lavar os dentes e iniciava de novo a hemorragia.</p> <p>E86 Através dos exames, foi-me explicado o que tinha.</p> <p>E86 Fiquei esclarecido.</p> <p>E89 porque foi muito útil esta informação.</p> <p>E89 e tirar as dúvidas sobre todos esses aspectos que mencionou.</p>
♦ REAGIR	E76 e como posso reagir.

<p>♦ NÃO INF</p>	<p>E79 Foi escassa</p> <p>E79 e não tive até agora.</p> <p>E87 Podia ter sido um pouco mais bem informada,</p> <p>E87 ou porque não perguntava ou porque o médico não queria falar.</p> <p>E87 Ele está um pouco confuso com aquilo que se lhe vai ser feito, sabe que é uma operação ao joelho,</p> <p>E87 mas o que vai ser feito ao fim ao cabo.</p> <p>E87 O meu marido não lhe perguntou e ele não lhe disse.</p> <p>E87 Não lhe disse nada.</p> <p>E88 A mim pouco.</p> <p>E88 Mas também não estou muito dentro do assunto,</p> <p>E88 e também as explicações não foram as melhores.</p> <p>E90 Em relação a isto, não estou devidamente elucidado,</p> <p>E90 Mas é claro, gosto de saber.</p> <p>E90 As veias se estão cá é porque são necessárias, se não se substituem, não sei como fica.</p>
------------------	--

♦ DECISÃO FAMILIA	DA	<p>E82 Eu já sabia o que o meu marido tinha e vim à consulta do Dr. L, para fazer a cirurgia.</p> <p>E82 Eu já tinha esclarecido o meu marido. Pausa</p> <p>E82 Eu também tinha sido operada, coloquei uma banda, perguntei o que achava ao Dr. L e fui informada de tudo o que me ia acontecer.</p> <p>E82 O meu marido surge além do médico em primeiro lugar por mim.</p> <p>E82 Fui eu que o instiguei a fazer esta cirurgia.</p>
♦ ACOMPANHAMENTO MÉDICO		<p>E84 Ele já era doente do Dr. G, já tinha sido atendido duas vezes</p> <p>E84 e era seguido devido às hemorragias nasais.</p>
♦ RELAÇÃO ENTRE OS PRÓPRIOS FAMILIARES		<p>E87 Eu não o acompanhei muito no consultório,</p> <p>E87 em casa fazia-lhe perguntas.</p>
♦ DIREITO		E89 Como já lhe disse o doente tem o direito de saber

♦ DECISÃO FAMILIA	DA	<p>E90 Dado como o meu filho tomou essa opção,</p> <p>E90 também não lhe perguntei como era ou como não era.</p> <p>E90 não sou eu que vou dizer não devias ter feito ou devias ter feito assim ou assado.</p> <p>E90 Até porque já passou para uma e sabe se lhe convém ou não.</p> <p>E90 Para aí não sou chamado.</p> <p>E90 Mas a decisão foi do meu filho.</p>

ÚTIL O C.I

<p>♦ SIM</p>	<p>E76 Sim,</p> <p>E76 acho que foi muito importante para mim e para o meu marido,</p> <p>E77 Muito.</p> <p>E77 Utilíssima.</p> <p>E78 Bom, foi útil a gente saber.</p> <p>E79 Sim, sem dúvida,</p> <p>E79 é muito conveniente</p> <p>E80 Muito útil.</p> <p>E81 Muito útil.</p> <p>E82 Acho útil.</p>
--------------	--

	E82 Muito útil.
	E83 Sim,
	E83 sim.
	E83 Muito útil,
	E84 Sim acho.
	E84 Eu acho.
	E85 Acho útil.
	E86 Sim muito.
	E87 Acho que sim.
	E88 Sim,
	E88 sim.
	E89 Sim. Pausa
	E90 Acho que sim,
	E90 muito útil.

<p>♦ INFORMAÇÃO - LINGUAGEM</p>	<p>E76 sei o que devo fazer e com o que conto.</p> <p>E77 Falo até por mim própria, gosto de estar informada para saber depois o que devo e posso fazer E80 e a entender o que se passa.</p> <p>E81 Para sabermos o que se passa,</p> <p>E83 A nós e ao doente a saber o que devemos fazer.</p> <p>E84 Desde que não seja de uma forma bruta.</p> <p>E84 Eu acho que as pessoas sabem,</p> <p>E84 claro que sabem</p> <p>E85 saber até onde pode ir,</p> <p>E85 o que pode ou não fazer.</p> <p>E87 Até acho que a pessoa devia estar bem informada.</p> <p>E89 Quem me esclareceu foi mais o meu filho</p> <p>E89 e depois tirei dúvidas em relação à alta com o médico.</p>

♦ DUALIDADE	E78 Embora fosse melhor não ter sabido, porque é mau, o caso aconteceu assim, o que é que se pode fazer?
♦ AJUDA	E79 e ajuda-nos, E79 dá-nos calma, E80 Porque ajuda-nos a saber E83 ajuda-nos. Pausa E86 Porque ajuda aos doentes.
♦ NÃO INF	E79 que é aquilo que eu não tenho. E88 E gostaria de ter tido essa informação.
♦ COLABORAR	E81 de forma a colaborar da melhor forma.

♦ DECISÃO DO DOENTE	E82 Para o doente dizer se quer ou não cirurgia.
♦ ORGANIZAR A VIDA	E85 Para o próprio doente poder organizar a sua vida,

QUEM O DEVE INFORMAR

♦ MÉDICO - SACERDÓCIO	<p>E76 Acho que é o médico que assiste o doente.</p> <p>E76 É o médico que o deve fazer</p> <p>E77 Acho que deve ser o médico,</p> <p>E77 o médico é a pessoa que nos pode informar,</p>
--------------------------	--

	<p>E77 é um sacerdócio.</p> <p>E78 O médico é que tem conhecimento,</p> <p>E79 Em principio o médico,</p> <p>E82 O médico, sem dúvida.</p> <p>E83 Bem, eu acho que é o médico.</p> <p>E83 Neste caso concreto é o cirurgião que vê o que deve fazer.</p> <p>E84 Tem que ser o médico.</p> <p>E84 O médico de família,</p> <p>E84 o médico assistente.</p> <p>E84 No caso do meu marido o médico especialista.</p> <p>E84 Tem que ser o especialista, o médico que o trate do problema específico.</p> <p>E85 Eu acho que deve ser o médico assistente.</p> <p>E85 O médico mais próximo do doente.</p> <p>E85 Embora se houver neste caso que se trata de uma especialidade, além do médico assistente,</p> <p>E85 o médico,</p>
--	--

<p>- HIERARQUIA</p>	<p>E85 o médico especialista.</p> <p>E85 Acho que se deve informar.</p> <p>E86 O próprio médico,</p> <p>E86 O médico.</p> <p>E87 Eu acho que será o médico,</p> <p>E88 O médico.</p> <p>E89 Devia ser o médico</p> <p>E89 e não outra pessoa.</p> <p>E90 Primeiro os médicos mas depois também os enfermeiros.</p>
<p>♦ INFORMAÇÃO</p>	<p>E76 e que deve explicar quando tiver a alta.</p> <p>E78 é que nos pode informar.</p> <p>E80 Quem estiver na altura mais disponível, mais habilitado para informar.</p>

♦ DÚVIDAS	E79 não é verdade?
♦ EQUIPA	<p>E80 O médico, o enfermeiro, altura quem estiver.</p> <p>E80Na altura a nossa aflição é tão grande que tanto nos faz que seja o médico ou o enfermeiro .</p> <p>E81 Talvez a enfermeira e a médica.</p> <p>E81 O médico de uma maneira e a enfermeira de outra.</p> <p>E90 Os médicos e os enfermeiros.</p>
♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DOENTE	<p>E84 O médico que nós tivermos confiança.</p> <p>E86 que a tem seguido ao longo de tudo isto.</p> <p>E87 que é a pessoa que está mais ligada com o doente.</p>
♦ A FAMÍLIA PROCURA INF	<p>E85 Isso se houver oportunidade, não se ia deslocar de propósito.</p> <p>E85 No meu caso eu fui ao consultório falar com o médico especialista, para ter informação.</p>

PARTICIPAÇÃO NA DECISÃO MÉDICA

<p>♦ DÚVIDA</p>	<p>E76 Na decisão médica?</p> <p>E76 Eu acho que o médico, o médico,</p> <p>E80 Aí terão que ser os médicos e os enfermeiros a ajudarem-nos, não é?</p> <p>E84 Eu isso, tenho dúvidas,</p> <p>E84 não sei,</p> <p>E84 não sei</p>
<p>♦ INFORMAÇÃO</p>	<p>E76 Bom, eu acho quando o médico deve informar os prós e os contra.</p> <p>E76 Porque há casos em que determinada operação em que poderá haver prós e contras e que ...</p>

<p>- PARA TER ACESSO À INF</p>	<p>E76 E que as pessoas devem estar esclarecidas,</p> <p>E76 o que lhes pode acontecer.</p> <p>E80 Devemos saber o que nos vão fazer,</p> <p>E80 o que se está a passar e que decisão é que vão tomar.</p> <p>E80 Nós devemos estar a par dessa decisão hum... Pausa</p> <p>E87 porque ficava, acabava por ficar mais informado do que está.</p>
<p>♦ 2ª OPINIÃO</p>	<p>E76 Eu acho que se houver alguma coisa e mesmo não estar confiante ou até mesmo querer ouvir uma segunda opinião</p> <p>E76 deve pegar nos exames e ouvir uma segunda opinião.</p>
<p>♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DTE - CONFIANÇA</p>	<p>E76 Nós confiamos no médico</p> <p>E76 e ele é que é a pessoa mais adequada para resolver a situação.</p>

<p>♦ NÃO</p>	<p>E77 Não.</p> <p>E79 Não!</p> <p>E80 Mas podemos decidir se esta é a decisão certa ou adequada? Não!</p> <p>E80 Agora não estando habilitados para ela, acho que não devemos.</p> <p>E81 Não.</p> <p>E83 Não.</p> <p>E86 Portanto acho que não.</p>
<p>♦ DECISÃO MÉDICA</p>	<p>E77 Acho que isso está entregue ao médico</p> <p>E77 é ele quem decide.</p> <p>E79 Porque é muito técnico e acho que devem ser os médicos.</p> <p>E79 É uma decisão técnica portanto, o técnico é quem deve decidir.</p> <p>E81 Acho que quem decide é o médico,</p> <p>E81 ele é que sabe e nós não.</p> <p>E82 O médico se decidir o que vai fazer que o faça!</p>

<p>- CRENTE NOS MÉDICOS</p>	<p>E82 Porque da parte técnica, nunca estaria habilitada para tal decisão.</p> <p>E83 O médico é que deve e sabe o que está a fazer,</p> <p>E85 Bem, mas também há outra situação. Pausa</p> <p>E85 Por ex. no caso da eutanásia, no caso da eutanásia dos doentes terminais</p> <p>E85 Mas são situações que devem ficar ao cargo dos médicos a situação.</p> <p>E88 Eu sou muito crente nos médicos,</p> <p>E88 eles em principio é que sabem.</p>
<p>♦ AUTORIZAÇÃO</p>	<p>E77 e que nós damos autorização a quem nos está a tratar, a salvar</p> <p>E85 Em casos, no caso específico do meu pai, a minha mãe pode participar, disse sim à intervenção cirúrgica.</p> <p>E85 Os médicos deram a informação, disseram que era melhor via a seguir e a minha mãe disse que sim.</p>

♦ CONSENTIR	E78 Consentir acho que sim.
♦ PARA FICAR MELHOR	E78 Se fosse o caso de ser operada e ficar melhor acho que sim.
♦ NÃO TEM CONHECIMENTOS	<p>E78 Agora não tenho conhecimentos para mais.</p> <p>E80 Não podemos ser nós a decidir porque não estamos habilitados para isso, não é?</p> <p>E81 Eu não tenho conhecimentos de medicina.</p> <p>E82 Dentro do meu conhecimento.</p> <p>E83 eu não sei,</p> <p>E83 não tenho como assim dizer conhecimentos,</p> <p>E83 não sei nada de medicina.</p> <p>E84 Há coisas que não percebo e não me meto.</p> <p>E86 Eles os médicos tem mais conhecimentos destas coisas do que nós.</p>
♦ CASO DE VIDA OU DE MORTE	E79 A não ser, ser um caso de vida ou de morte.

	E82 Nos casos de vida ou de morte, que se lixe!
♦ DECISÃO DO DOENTE E FAMILIA	<p>E82 Mas o que querem fazer e quando o querem fazer sou eu que decido!</p> <p>E82 Como decidi esta cirurgia para mim, primeiro e depois para o meu marido.</p> <p>E82 No meu caso em concreto eu decidi.</p>
♦ COMPLICADO	E85 Bom, eu acho isso uma pergunta complicada, depende hum... Pausa
♦ DEPENDE DA SITUAÇÃO	<p>E85 Depende muito da situação. Pausa</p> <p>E85 Depende muito da situação. Pausa</p> <p>E88 Hum... depende dos casos.</p> <p>E88 Mas como já lhe disse depende dos casos.</p>
♦ SIM	E87 Sim.

	<p>E87 Era importante,</p> <p>E90 Isso era, acho que sim.</p>
♦ PARTICIPAR	<p>E89 Acho que deve participar na sua cura, na sua intervenção em tudo.</p> <p>E90 Eu posso não querer ser operado, embora o médico me diga que deva ser operado</p> <p>E90, o corpo é meu e eu é que decido.</p> <p>E90 Eu acho que o doente têm uma palavra a dizer se quer ou não quer.</p>
♦ A FAMÍLIA NÃO DEVE INTERFERIR NA DECISÃO DO DOENTE	<p>E90 E acho que nem a família tem o direito de interferir, o doente é que escolhe.</p>

TRANSMISSÃO TÉCNICA À CERCA DA DÇA

<p>◆ INFORMAÇÃO FAMILIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - LINGUAGEM - CONVERSOU 	<p>E76 Em primeiro lugar foi transmitida primeiro pelo meu marido</p> <p>E77 Sim.</p> <p>E81 Soube através do meu marido.</p> <p>E81 Não estiva cá no primeiro dia e soube quando recuperou.</p> <p>E81 Foi-me dito tudo antes pelo meu marido</p> <p>E84 Foi transmitida pela primeira vez pelo meu marido,</p> <p>E84 que falou com o médico e depois pelo cardiologista.</p> <p>E84 Porque está tudo relacionado com os medicamentos que está a tomar.</p> <p>E84 Acho que o Dr. D mudou toda a medicação e nos explicou</p> <p>E84 e conversou connosco.</p> <p>E84 Bom, mas o que me explicou é que iam fazer uma operação para evitar sangrar do nariz.</p>
--	---

<p>- COM CALMA</p>	<p>E85 Em primeiro lugar pelo meu pai,</p> <p>E85 pelo próprio.</p> <p>E85 No meu caso só por ele.</p> <p>E86 Normalmente.</p> <p>E86 Com uma conversa,</p> <p>E86 explicou-me com calma e com desenhos o que ia fazer.</p> <p>E89 Foi ele, o meu filho que me disse.</p>
<p>♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - DÚVIDAS - INFORMAÇÃO 	<p>E76 e depois falei com o médico</p> <p>E76 e fui logo informada</p> <p>E76 deu-me conhecimento de tudo o que se passava</p> <p>E76 e deu-me espaço para colocar dúvidas.</p> <p>E78 Foi o médico quando a viu, descobriu a doença da minha mulher.</p> <p>E78 Chamou-me e disse-me qual era o problema dela, que ela tinha.</p> <p>E80 Foi de uma forma clara.</p>

	<p>E80 O médico explicou aquilo que ele tinha e o que ele tinha e o que lhe ia fazer.</p> <p>E80 Explicou quais os riscos que estava a correr de uma forma clara.</p> <p>E81 e depois pelo médico que o viu.</p> <p>E81 Que esclareceu o que ele tinha,</p> <p>E81 o que se tinha que fazer,</p> <p>E81 já estava inteiramente dentro do assunto.</p> <p>E82 O médico foi o último recurso,</p> <p>E82 quando fui ao médico já sabia o que queria,</p>
♦ NÃO INFORMAÇÃO	<p>E77 A esse ponto técnico não sei muito,</p> <p>E77 melhor ainda não sei</p> <p>E79 Não foi.</p> <p>E83 Não sabia previamente,</p>

	<p>E83 não sabia.</p> <p>E83 Sabia previamente que ia ser operado e a que... hum.... Pausa</p> <p>E86 A um menisco, mas exactamente o que ia fazer não sabia.</p> <p>E87 Não tive informação alguma.</p> <p>E88 Praticamente não me foi dada</p> <p>E88 e as explicações não foram as melhores.</p> <p>E88 Não percebi muito bem o que iam fazer ao meu pai.</p> <p>E88 Não percebi muito, bem... hum... Pausa</p> <p>E90 Não foi.</p> <p>E90 Não fui informado.</p>
♦ NÃO ENTENDE A INFORMAÇÃO	E77 ou melhor ainda não percebi.
♦ BOM ATENDIMENTO	<p>E77 Mas sei que está muito bem encaminhada.</p> <p>E77 Está a melhorar,</p>

	E77 mas não estou muito a par.
♦ INTERNET E LIVROS	E82 No meu caso foi pela Internet, conhecimentos, E82 por livros.
♦ AMIGOS	E82 pelos amigos, E82 portanto foi por amigos, foi por aí.
♦ DECISÃO DO DOENTE FAMILIA	E82 Quando cheguei ao médico, disse eu quero a banda! E82 E com o meu marido, foi igual fui eu que decide e ele, claro está! E89 E como é obvio a opção é dele. E89 Não tenho, nem posso por objecção. E90 Ficou tudo nas mãos do meu filho.

INFORMAÇÃO DIAGNÓSTICO GRAVE

♦ DÚVIDAS	<p>E76 Hum, bom.</p> <p>E83 Hum... bem Pausa</p>
♦ FAMÍLIA - INF	<p>E76 A minha opinião, eu acho que no caso do cancro ou qualquer coisa desse género o médico deve tentar falar com a família,</p> <p>E79 Para sabermos o que devo fazer.</p> <p>E82 Os familiares mais próximos que saibam. Pausa</p> <p>E82 Os familiares directos que vivem e estão com ele e o conhecem melhor do que ninguém, eles é que sabem.</p>

	<p>E88 mas é sempre bom nós sabermos o que temos.</p> <p>E88 Não é para estar a esconder que as coisas deixam de acontecer.</p> <p>E88 As coisas que têm que acontecer, acontecem e nós temos que saber.</p>
<p>♦ INFORMAR O DTE</p> <p>- NÃO ENGANO</p>	<p>E78 Os doentes devem ter informação,</p> <p>E78 porque também devem saber o que vão padecer, qual é a sua doença.</p> <p>E78 Como vão reagir aos tratamentos,</p> <p>E78 tudo o que se vai passar, é melhor para nós e para eles.</p> <p>E80 Se fosse no meu caso eu gostaria de saber,</p> <p>E80 a pessoa deve ter consciência daquilo que tem,</p> <p>E80 não deve estar enganada.</p> <p>E81 No entanto acho que as pessoas deviam e devem saber</p> <p>E83 Na minha opinião sim.</p>

	<p>E83 Porque a pessoa deve saber o estado em que se encontra.</p> <p>E83 Acho que não deve ser ocultado, esta é a minha opinião.</p> <p>E85 Deve informar</p> <p>E85 , porque a pessoa deve saber o que se passa com ela, não é?</p> <p>E85 Acho que deve ter acesso a toda a informação, no que diz respeito à própria pessoa.</p> <p>E86 e sabem o que lhes vai acontecer.</p> <p>E87 A grande maioria dos doentes quer saber, na minha opinião.</p> <p>E87 Mas a maior parte das pessoas gosta e quer saber o que tem.</p> <p>E87 mas no meu caso preferia saber,</p> <p>E87 o que tinha e o meu tempo de vida.</p> <p>E89 Acho que sim.</p> <p>E89 com prudência,</p> <p>E89 com calma</p> <p>E89 e com serenidade.</p> <p>E90 Para saberem o que é que tem</p>
--	--

	<p>E90 e dado que toda a gente vai morrer, pelo menos que se saiba porque é que vão morrer, eu pelo menos vejo a coisa assim.</p> <p>E90 Eu se tiver um problema grave quero ser informado,</p>
<p>♦ SABER A REAÇÃO DO DTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - FILTRAR INF - MOMENTO - ESCOLHA - CRUELDADE DA INF <p>- COM CALMA – FORMA DA INF</p>	<p>E76 para ter a noção de como o doente reagiria.</p> <p>E76 Acho que o médico deve partilhar alguma informação para saber como o doente pode reagir,</p> <p>E76 porque há coisas onde o doente é mais sensível.</p> <p>E81 e ter a coragem para enfrentar o problema.</p> <p>E82 Eu no meu caso em particular, gostaria que me fizessem um rasteio do que me poderiam dizer, E82 porque acho que o optimismo é a coisa mais importante para os doentes.</p> <p>E82 É um passo para a cura.</p> <p>E82 Acho que eles é que devem filtrar se deve ou não ser dada a informação ao doente.</p> <p>E82 Ou quando, ou quando é o momento oportuno, ou como deve ser dito.</p>

	<p>E82 Acho que a crueldade.... hum... Pausa</p> <p>E82 Acho que não é crueldade,</p> <p>E82 mas o formalismo do médico dizer você tem tal, pode ser para ele um mal, e fica cada vez pior</p> <p>E84 Sim, mas acho que devem saber com calma.</p>
♦ MELHORAR	<p>E77 Para estarmos muito atentos,</p> <p>E77 não fazermos disparates.</p> <p>E77 Para não termos uma recaída e para não termos uma coisa inesperada.</p>
♦ AJUDAR	<p>E78 E também assim podemos ajudar, de outra forma não.</p>
♦ SIM	<p>E79 Acho que sim.</p> <p>E77 Acho que sim. Pausa</p> <p>E77 Acho que sim.</p> <p>E80 Acho que sim.</p> <p>E80 Acho que sim.</p>

	<p>E80 Acho que sim.</p> <p>E85 Acho que sim.</p> <p>E85 Deve,</p> <p>E85 deve,</p> <p>E85 acho que sim.</p> <p>E86 Eu estou convencido que sim.</p> <p>E87 Eu acho que sim.</p> <p>E87 Acho que é importante.</p> <p>E88 Sim,</p> <p>E88 claro que sim.</p> <p>E89 Correctamente,</p> <p>E90 Certamente.</p>
♦ AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO	E79 Por uma questão de avaliação justa da situação.

<p>♦ HISTORIA DE VIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> - OCULTAR A INF - DTE IDOSO - OPÇÃO TRATAMENTO - OPÇÃO FAMÍLIA 	<p>E82 Eu tenho um caso muito chegado do meu avô e acho que chegamos á conclusão mais certa, que foi não lhe dizermos nada. Pausa</p> <p>E ao não saber foi bom para ele e nós optamos porque ele tinha 86 anos.</p> <p>Não valia a pena ser sujeito à crueldade da quimioterapia, não valia a pena!</p> <p>E fez a viagem da vida dele e achava que estava bem.</p> <p>Se calhar em vez de ter vivido 3 ou 4 anos, só viveu 2. mas foi uma opção nossa.</p> <p>Acho que foi um ganho para ele.</p>
<p>♦ NÃO INFORMAÇÃO</p> <p>- GRAVE</p>	<p>E82 Eu no meu caso em particular se soubesse que tinha um cancro, não queria saber,</p> <p>E82 acho que não preferia não saber.</p>
<p>♦ DUALIDADE</p>	<p>E84 Olhe eu acho grave os doentes saberem. Pausa</p> <p>E84 Mas por outro lado acho que ele não se deve ocultar, porque pode haver ou trazer</p>

	problemas para o doente, só pelo facto de desconhecer, não saber o que tem.
♦ ORGANIZAR A VIDA	E86 e ficam mais livres para organizar a vida
♦ COMPLICADO	E87 Mas é um bocadinho complicado,
♦ REACÇÃO À INF	E90 infelizmente pode haver um choque, mas isso é ultrapassável. E90 Há gente que fica muito chocada, mas se anuncia essa situação, o que é que vão fazer? E90 É tentar ultrapassar se for possível.
♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DTE	E87 Não sei até que ponto o médico conhece o doente.

QUER TER ACESSO A TODA A INFORMAÇÃO DA DÇA

♦ SIM	E76 Sim, E77 Acho que sim. E77 Acho que sim, E77 é muito importante, E78 Sim E79 Sim, E80 Sim. E80 É importante E81 Sim.
-------	--

	<p>E81 Sim</p> <p>E82 Sim claro!</p> <p>E83 Sim.</p> <p>E83 Claro</p> <p>E84 Sim,</p> <p>E84 claro. Pausa</p> <p>E85 Sim</p> <p>E85 claro que tenho. Pausa</p> <p>E88 Sim, claro!</p> <p>E89 Sim, claro.</p> <p>E90 Sim,</p>
♦ FACILITA	E76 porque me facilita em tudo,
♦ AJUDA	E76 o que deve e como melhor o posso ajudar.

	E77 e ajudar-mos os nossos familiares.
♦ COMBATER A DÇA	E77 para combatermos a nossa doença
♦ INFORMAÇÃO	<p>E78 e sei.</p> <p>E78 Tem-se confirmado tudo o que a minha mulher tem.</p> <p>E78 E tem-nos dito tudo, à medida que vamos fazendo os tratamentos.</p> <p>E80 e foi o que aconteceu no decorrer da doença do meu marido.</p> <p>E81 e tive toda a informação até agora.</p> <p>E82 Mas como já lhe disse nós soubemos.</p> <p>E83 e tive aquela que me foi fornecida.</p> <p>E84 E nós temos sabido como já disse. Pausa</p> <p>E86 Não só quero,</p> <p>E86 como tive a informação</p> <p>E87 Quero ter a informação,</p> <p>E89 E tive como já lhe disse.</p>

♦ NÃO INF	<p>E79 mas não tive até agora.</p> <p>E87 mas não tive.</p> <p>E88 Mas não tivemos.</p> <p>E90 mas não tivemos.</p> <p>E90 Mas não tive em relação ao meu filho.</p>
♦ REAÇÕES À INF	<p>E84 Mas ficamos com o coração pequeno.</p> <p>E84 Penso no caso e assusto-me, o que, que hei-de fazer?</p>

PARTICIPAÇÃO DO ENF NO C.I

INF MÉDICO	<p>E76 Eu acho que devem participar mas com cautela.</p> <p>E76 Talvez esta informação talvez devesse estar mais do lado do médico e não do enfermeiro.</p> <p>E84 Mas também muita gente a falar às vezes é pior.</p> <p>E85 há informações que só pode se dada pelos médicos, não é?</p> <p>E87 Se existe um bom relacionamento médico/ doente pode não ser necessário.</p>
------------	---

	<p>E88 se for um caso mais grave depende, deve, cabe ao médico o papel de informar,</p> <p>E88 porque se calhar está mais dentro do assunto,</p> <p>E88 tem outros termos.</p>
<p>♦ PARTICIPAÇÃO DO ENF</p> <ul style="list-style-type: none"> - CAUTELA - BOM SENSO - CONSELHEIRO 	<p>E76 Por ex. o meu marido teve febre, o enfermeiro tem que ter o bom senso para não aumentar a preocupação do doente</p> <p>E76 e não lhe devia ter dito da febre, ele ficou muito ansioso.</p> <p>E77 Acho que o enfermeiro estando também a par da situação, sabendo, estando a par da doença é também um conselheiro para o doente.</p> <p>E78 Tem que saber o que estão a fazer.</p> <p>E78 E também pode participar e ajudar-nos.</p> <p>E79 Os enfermeiros devem complementar a informação dada pelos médicos.</p> <p>E81 Porque até se houver alguma coisa que não esteja tão bem através da enfermagem, pode-se melhorar.</p>

<p>- PODE SER...</p> <p>- SE FOR AGRADAVEL</p>	<p>E82 os enfermeiros informarem o doente do que vai acontecer antes, e do que vai ser o depois.</p> <p>E82 De informar os familiares, informar</p> <p>E82 No fundo dar a conhecer ao doente que o que lhe está a acontecer é normal. Pausa</p> <p>E82 No caso do meu marido. Pausa</p> <p>E82 Não sabia que após tomar a pré medicação é normal adormecer e eu fiquei logo preocupada.</p> <p>E fui à enfermeira perguntar se era normal o que se estava a passar.</p> <p>E82 Aqui esta um exemplo do que deverá ser o papel do enfermeiro.</p> <p>E82 Vai acontecer isto e daqui a bocado isto.</p> <p>E82 E isto dá calma.</p> <p>E84 Deve informar, mas o mínimo dos mínimos, o que vão fazer, por ex. a tensão.</p> <p>E85 Deve dar a informação aos enfermeiros para eles... hum... Pausa</p> <p>E85 Mas os enfermeiros devem dar a informação quanto baste,</p> <p>E86 Se a informação for positiva, acho que sim.</p>
--	---

	<p>E86 Se a informação for negativa, acho que um pouco mais complicado, acho que nesses casos não.</p> <p>E87 Mas com o enfermeiro também pode ser.</p> <p>E87 Mas se o enfermeiro for uma pessoa agradável e saiba explicar, pode até ser o enfermeiro.</p> <p>E88 Se for um situação mais corrente cabe perfeitamente o papel ao enfermeiro.</p> <p>E89 Devem participar.</p> <p>E89 Devem participar,</p> <p>E89 Os enfermeiros para colaborarem como deve ser devem estar informados do que se passa, para ajudarem o doente.</p> <p>E90 Para precisamente dar a assistência a que doente venha a necessitar.</p>
♦ DÚVIDA	<p>E76 Mas não sei.</p> <p>E78 O enfermeiro</p>
♦ SIM	<p>E77 Eu acho que sim.</p>

	<p>E78 Sim.</p> <p>E79 Acho que sim.</p> <p>E80 Acho que sim.</p> <p>E80 Que sim,</p> <p>E80 que é importante.</p> <p>E81 Eu acho que sim.</p> <p>E82 Eu acho que nas cirurgias é fundamental</p> <p>E83 Com certeza.</p> <p>E85 Mas acho que sim,</p> <p>E85 que devem informar.</p> <p>E90 Sim.</p>
--	---

♦ EQUIPA	<p>E80 O enfermeiro pode e deve dar informação em conjunto com o médico.</p> <p>E83 Na minha opinião é um trabalho de equipa,</p> <p>E83 portanto têm que participar em conjunto com o médico.</p> <p>E85 Devem participar com o apoio do médico, o médico assistente, especialista.</p>
♦ DEPENDE DA ENF	E84 Depende muito da enfermeira que fala e diz. Pausa
♦ COMPLICADO	E84 Isto é complicado!
♦ DEPENDE DAS SITUAÇÕES	E88 Depende das situações,

♦ HISTÓRIA DE VIDA	E89 porque eu tive uma situação muito complexa, porque sou diabética e o médico disse-me que tinha que ter uma alimentação especial. Pausa E a enfermeira não sabia.
--------------------	---

ENFERMEIROS

SIGNIFICADO DO C.I

<p>♦ C.I DADO PELO DTE AO ACTO MÉDICO</p>	<p>E91 O consentimento informado é o consentimento dado pelo doente ao acto médico, ao qual vai ser submetido. Pronto. Pausa</p> <p>E94 Quer dizer sobre o diagnóstico diz respeito completamente ao médico,</p> <p>E98 e o doente consente ou não o que lhe vai ser efectuado.</p> <p>E100 Acho que a informação clínica sobre a história, a terapêutica. Pausa</p>
<p>♦ INFORMAR - DTE ESCLARECIDO</p>	<p>E91 Tem para isso, o médico informar o que é que vai fazer,</p> <p>E91 quais as contra indicações,</p> <p>E91 o que é que pode acontecer, o que é que não pode acontecer.</p> <p>E91 E depois de tudo explicado ao doente,</p> <p>E91 Está esclarecido,</p> <p>E91 esclarecido hum... aquilo que vai ser sujeito,</p> <p>E91 e a quê vai ser sujeito.</p>

	<p>E93 Tem que ser informado,</p> <p>E93 sobre aquilo que lhe vão fazer</p> <p>E94 a nós diz-nos respeito minimamente elucidar o doente sobre certos aspectos e doutros não.</p> <p>E94 E explicarmos o que pudermos.</p> <p>E95 Hoje vai se informando,</p> <p>E96 Se for o caso de cirurgia, por lhe os prós e os contra</p> <p>E96 Porque na medicina muitas vezes dois e dois não são quatro, não é?</p> <p>E96 Por conseguinte o que a uns corre muito bem, a outros pode não correr muito bem, a outros podem não correr de igual modo,</p> <p>E96 por conseguinte deve haver esse cuidado, esse consentimento,</p> <p>E96 o doente deve estar informado,</p> <p>E96 deve estar consciente daquilo que se vai fazer para que as coisas corram o melhor possível</p> <p>E97 Em relação aquilo que está previsto fazer hipoteticamente vai ser feito ou poderá vir a ser</p>
--	--

	<p>feito.</p> <p>E97 Deverá ser informada da cirurgia e até em relação à anestesia.</p> <p>E97 Tem que ser assim a doente vai ser intervencionada deve ser informada logo desde a consulta e, e o que não for feito na consulta quando chega ao internamento deve ser conferido, não está feito vamos fazer.</p> <p>E98 É em relação aos doentes.</p> <p>E98 É os doentes estarem a par de tudo,</p> <p>E98 de todos os procedimentos que lhes vão ser prestados</p> <p>E99 Para mim o consentimento informado ... hum é o facto do doente ter conhecimento do que se lhe vai fazer,</p> <p>E99 seja a que nível for, médico ou cirúrgico.</p> <p>E101 É... hum... Pausa</p> <p>E101 Como hei-de dizer, quando o doente tem conhecimento das técnicas e da cirurgia que vai ser submetido</p> <p>E101 e tem a noção dos riscos e benefícios que terá com, com.... hum... o procedimento.</p>
--	---

	<p>E102 O consentimento informado parte do princípio que a pessoa para realizar algum procedimento, ou relativamente à sua situação seja explicado tudo.</p> <p>E102 A situação dela, a doença, ao internamento se for necessário, a cirurgia.</p> <p>E104 O profissional de saúde informa o doente do que é que tem e o que vai fazer.</p> <p>E104 Isto é informa-o da sua doença.</p> <p>E105 A pessoa ser o mais convenientemente informada daquilo que tem, do diagnóstico, exame ao que for sujeito.</p>
♦ ASSINAR O PAPEL	<p>E91 o doente assina o papel, a dizer que está esclarecido... hum... hum... Pausa</p> <p>E92 escritos,</p> <p>E92 escritos,</p> <p>E92 se não forem aqueles que estão escritos não podem</p> <p>E97 Procurar e eu até tinha esse hábito a Sr. sabe o que vou vem fazer? O que não vem fazer, sim Sr. e depois vem um papel assinado por ela e depois ela confere. É isso não é?</p> <p>E97 Se não tivesse assinado, pois eu chamaria alguém, o médico e procuraria saber o que se</p>

	<p>passava</p> <p>E105 E depois assina ou não se concorda com aquilo que lhe vai ser feito.</p>
<p>♦ AUTORIZAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - PREVIAMENTE COMBINADOS - DTE DECIDE 	<p>E92 O consentimento informado é a autorização dada pelo utente para que sejam feitos todos os procedimentos</p> <p>E92 Portanto o consentimento informado é a autorização que o doente dá para que sejam feitos os procedimentos previamente combinados.</p> <p>E93 É o meio pelo qual o doente dá a sua autorização.</p> <p>E93 e dá o seu consentimento,</p> <p>E93 diz que sim o que quer fazer.</p> <p>E96 de modo a que o doente possa decidir em consciência.</p> <p>E96 Se está de acordo com aquilo que se vai fazer... hum... Pausa</p> <p>E96 Assumindo em parte também algum risco daquilo que vai ou possa acontecer</p> <p>E97 Depende da situação da doente... hum.... Pausa</p> <p>E97 Eu tinha isso ali na maternidade... hum... Pausa</p>

	<p>E97 Tinha uma autorização ... hum que devia ser sempre assinada pela doente,</p> <p>E97 desde que esteja consciente e orientada, tem que ser sempre assinada por ela.</p> <p>E99 E o doente consentir nisso,</p> <p>E99 isto é o doente aceitar o que se lhe está a fazer, seja de enfermagem ou médico, na área médica.</p> <p>E100 O doente deve ser previamente informado e a partir daí decide ou escolhe em consciência,</p> <p>E100 bem informado se vai aceitar ou não os procedimentos.</p> <p>E101 e autoriza,</p> <p>E103 É a autorização que o doente dá para aquilo que se lhe propõe fazer.</p>
♦ LIMITAÇÃO DO C.I PARA O ACTO	<p>E92 Porque há às vezes, há um bocadinho aquela ideia que se abre o doente e que se pensa que se vai mais aqui ou ali e não se pode.</p> <p>E92 Têm que se fazer de novo.</p>

♦ DIREITO	<p>E93 Tem o direito de dizer que sim ou não.</p> <p>E93 Mas tem o direito de ser informado de todos os procedimentos.</p> <p>E97 O direito que as doentes têm de saber o que vai acontecer com elas.</p>
♦ DESCONHECIMENTO	<p>E94 Eu li qualquer coisa sobre isso. Pausa</p> <p>E100 Para mim o consentimento informado hum... Pausa</p> <p>E100 Não sei bem a definição, mas acho que é assim.</p>
♦ IMPORTANTE	<p>E95 Acho que é importante.</p> <p>E95 E que vem a ser feito ultimamente,</p>
♦ ANTIGAMENTE - NÃO INF	<p>E95 antigamente não havia essa informação, o doente fazia a medicação, poderia saber ou não e pouca informação lhe era dada.</p> <p>E95 porque antes poucas pessoas eram informadas da doença, da situação clínica, da atitude</p>

	terapêutica.
♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DTE	<p>E96 Para mim o consentimento informado ... hum... é todo o diálogo que existe entre o paciente e o médico.</p> <p>E96No sentido do médico o informar o que ele na realidade pensa que ele tem.</p> <p>.</p>
♦ DÚVIDAS	<p>E97 Consentimento informado ... hum... Pausa</p> <p>E97 Está a falar das doentes que são operadas?</p> <p>E97 Todas?</p> <p>E100 O que é para mim?</p> <p>E104 O que é para mim o consentimento informado?</p>
♦ FAMÍLIA	<p>E97 Á parte disso quando a doente não está nas suas faculdades ... hum ... tem que ser o familiar mais próximo ... hum... ou, ou assim... Pausa</p>

	E97 Para depois convocar um familiar.
♦ ATITUDE	E104 É toda a atitude que tem , que se têm , que ... hum... Pausa

QUEM APLICA O C.I

♦ MÉDICO	<p>E91 O médico.</p> <p>E93 Mas se for um acto que vai depender do médico, daquilo que o médico vai fazer, é dele.</p> <p>E93 Também, são eles que devem informar.</p> <p>E94 Eu penso que o médico.</p> <p>E94 Tem que ser o médico.</p> <p>E94 Para dar informação ao doente, compete mais... hum...Pausa</p>
----------	---

	<p>E95 Deve ser feita pelo médico</p> <p>E96 Em primeiro lugar penso que o médico hum... pausa</p> <p>E96 Mas acho que em primeiro lugar o médico.</p> <p>E98 Em, em cirurgia, em termos cirúrgicos será sempre o médico.</p> <p>E100 Acho que deve ser a parte médica.</p> <p>E100 São os primeiros a abordar quer seja para a cirurgia</p> <p>E101 O médico que há de executar o tal procedimento ou tal técnica.</p> <p>E102 Tenho a noção que será o médico.</p> <p>E103 O médico.</p> <p>E104 O médico quando explica a cirurgia.</p> <p>E105 O médico,</p> <p>E105 o clínico.</p>
--	---

♦ UTENTE E O MÉDICO	E92 O utente e o médico.
♦ FAMILIA	E92 Ou então o familiar, quando é um doente com menos de 12 anos
♦ MENOR	E92 ou quando é um utente que, que não é auto suficiente.
♦ DTES MENTAL	E92 Ou doentes mentais, são os responsáveis ou os tutores.
♦ O PROFISSIONAL QUE REALIZA O ACTO <ul style="list-style-type: none"> - CONFIANÇA - ESCLARECER 	<p>E93 O consentimento informado para actos médicos ou de enfermagem o profissional que irá realizar o procedimento,</p> <p>E93 daí depende de quem o for realizar.</p> <p>E98 Nos outros procedimentos que nós vamos efectuar, são consentimentos que cada profissional de saúde deve informar o doente.</p> <p>E98 Cada um na sua área.</p>

	<p>E99 Eu penso que será que ser se o profissional que fala ou prestará esses cuidados.</p> <p>E99 O próprio doente para depois ter confiança</p> <p>E99 e saber quem lhe deve prestar informações</p> <p>E99 e esclarecê-lo se for o caso.</p>
<p>♦ O ENF E O C.I</p> <ul style="list-style-type: none"> - ATÉ ONDE PODEMOS IR - NÃO ULTRAPASSAR O QUE O MÉDICO INF 	<p>E93 Se nós enfermeiros formos fazer uma técnica a uma pessoa, devíamos pedir o consentimento para quase tudo.</p> <p>E93 Nós realizamos actos interdependentes, não é?</p> <p>E93 Não quer dizer não possamos fazer, mas devemos aceitar isso, não é?</p> <p>E94 A nós apoiar o que for preciso.</p> <p>E95 e consoante a informação que lhe é dada, nós podemos ver até onde é que podemos ir,</p> <p>E95 até onde podemos informar.</p>

	<p>E95 E não ultrapassar o que o médico disse ou esclareceu.</p> <p>E96 Não quer dizer que a enfermagem não colabore.</p>
♦ DÚVIDAS	<p>E94 Quem deve?</p> <p>E 97 Quem deve fazer?</p> <p>E100 Acho que se me recorde... Pausa</p>
♦ W EM EQUIPA	<p>E97 Os enfermeiros e os médicos.</p> <p>E98 Todos podemos informar o doente.</p> <p>E100 e penso que a enfermeira também pode ter algum papel nisso.</p> <p>E100 Mas acho que deve ser numa equipa multidisciplinar,</p> <p>E100 as decisões que damos ao doente, devem ser em equipa.</p> <p>E104 No meu ponto de vista caberá a duas pessoas ao médico e ao enfermeiro.</p> <p>E104 O enfermeiro quando faz um penso, complementando o que o médico fez ou disse.</p>

	E104 Acho que tem que haver um trabalho em equipa.
--	--

PARTICIPAÇÃO DO ENF NA INF E NO C.I

♦ C.I RELAÇÃO COM O ACTO MÉDICO	<p>E91 Eu acho que sendo o consentimento informado, o consentimento informado, sendo em relação ao acto médico,</p> <p>E98 Não vamos informar dos actos cirúrgicos, porque isso deve ser o médico que deve informar.</p> <p>E98 Nem a situação clínica,</p>
---------------------------------	---

	<p>E98 nem o diagnóstico do doente.</p> <p>E99 noutra área será o médico,</p> <p>E99 como a nível cirúrgico terá que ser o médico a dizer o que lhe vão fazer.</p> <p>E101 Na minha opinião é o médico que vai executar o procedimento,</p> <p>E101 ele também corre riscos,</p> <p>E101 Há uma relação entre eles que tem que ser só deles,</p>
♦ INF DOS ENFERMEIROS	<p>E91 a informação que podemos dar é uma informação,</p> <p>E91 que tem que ser limitada</p> <p>E91 e que vai de encontro à informação que o médico deu.</p> <p>E91 Nós não podemos,</p> <p>E91 temos que ter algum cuidado quando os doentes nos perguntam muitas coisas e isso acontece muitas vezes, não é?</p> <p>E91 A informação que nós damos têm que ir de encontro à informação dada pelo médico,</p>

	<p>senão vai suscitar mais dúvidas ao doente.</p> <p>E91 Em relação à nossa participação, não devíamos informar sobre o acto médico.</p> <p>E91 Se calhar estar presente durante a passagem de informação de maneira a podermos sei lá!</p> <p>E91 De maneira a podermos, das perguntas que o doente faça ser de encontro a isso, para não contrariar, para não acrescentar mais informação para não baralhar o doente, não é?</p> <p>E91 Por isso nós não temos que, que por nossa auto recriação falar sobre isso. Não é?</p> <p>E91 Isso é tudo na teoria, porque na prática não é isso que se passa.</p> <p>E92 O enfermeiro esclarece qualquer dúvida que o utente tenha,</p> <p>E92 porque por vezes o doente não sabe o que é que lhe vão fazer,</p> <p>E92 em que consiste o consentimento informado.</p> <p>E92 Portanto têm que ter a preocupação de saber se o doente está ou não está suficientemente esclarecido, porque às vezes não está.</p> <p>E93 E se achar que o conhecimento, a informação que ele tem não é suficiente deve dar uma achega,</p>
--	---

	<p>E93 deve ou explicar doutra maneira</p> <p>E93 ou porque a pessoa não percebeu,</p> <p>E93 ou porque a pessoa que explicou não foi suficientemente explícito.</p> <p>E93 Contribuir um pouco mais para que a pessoa, dar um maior conhecimento da pessoa do que vai ser realizado.</p> <p>E94 Dar a informação como está,</p> <p>E94 esclarecermo-lo, o que poderá fazer para colaborar.</p> <p>E94 Tudo bem. A nível da doença, eu penso que não!</p> <p>E95 Depende muito do que o médico vai dizer,</p> <p>E95 nós não vamos ultrapassar o que ele informou, o que disse ao doente.</p> <p>E95 Portanto é um bocado relativo, quer dizer.</p> <p>E95 informado pelo médico, para podermos ver que ajuda podemos dar.</p> <p>E98 E tudo, tudo o que for da nossa área devemos ser nós a informá-los.</p> <p>E98 Mas, mas, tudo o que nos disser, o que nos diz respeito, a nós, somos nós, não é?</p> <p>E100 Deve-se informar a terapêutica que o doente faz, as consequências, os efeitos</p>
--	--

	<p>secundários,</p> <p>E100 os nossos cuidados, devem ser informados pelo enfermeiro porque é ele que faz os cuidados</p> <p>E101 se houver alguma dúvida, o enfermeiro pode esclarecê-los.</p> <p>E101 E esclarecer as dúvidas que poderiam ter ficado remanescentes ao utente.</p> <p>E102 É assim nós dentro do que podemos, nós também não podemos adiantar muito a nível específico.</p> <p>E102 Do que podemos informar ao doente são os cuidados que prestamos relativamente à situação</p> <p>E102 de modo em que fique mais esclarecido.</p> <p>E103 Na informação complementar,</p> <p>E103 alguns esclarecimentos na informação que o médico não é tão claro.</p> <p>E103 O doente, alguns doentes tem receio de fazer perguntas ao médico e depois com o enfermeiro põe mais as dúvidas e aí o enfermeiro pode esclarecer, dar pormenores.</p> <p>E105 Por isso acho que o enfermeiro pode informar o doente, porque o conhece melhor.</p>
--	--

♦ DÚVIDA	<p>E91 Qual a participação que deve ter o enfermeiro... bom....bom... hum...hum...</p> <p>E102 O grau de participação?</p>
♦ INF MÉDICA	<p>E91 Quem tem esse dever e obrigação de informar é o médico.</p> <p>E91 Que devia fazer isso, o que não acontece na prática, não é?.</p> <p>E91 Porque, porque eu entendo o consentimento informado em relação ao acto médico.</p> <p>E94 É mais o médico, não é?</p> <p>E97 Na participação ... hum... é só médico,</p> <p>E97 é mais médico!</p> <p>E103 Isto também devia ser feito também com o médico.</p>
♦ NÃO INF AOS DTES - ANTIGAMENTE - ASSINAR	<p>E91 Porque muitas vezes não são informados.</p> <p>E91 Porque muitas vezes os doentes não fazem ideia do que vão fazer.... hum... pausa</p>

	<p>E104 Mas antigamente era impensável, ninguém falava,</p> <p>E104 o doente assinava o papel da cirurgia e era quando assinava.</p>
♦ ADVOGADO	<p>E92 O enfermeiro, o enfermeiro é o advogado.</p> <p>E92 E portanto entra um pouco como advogado do doente para que ele vá esclarecido, para que não seja feito qualquer procedimento sem que ele não tenha sido percebido.</p> <p>E92 É aquele que verifica se existe ou não o consentimento informado antes que o doente seja anestesiado, tome alguma pré medicação.</p>
♦ AUTORIZAÇÃO DOS DTES	<p>E92 O consentimento informado é a autorização dada pelo utente e qual é a participação do enfermeiro?</p> <p>E101 ao utente dar-lhe o consentimento informado.</p>
♦ AVALIAR O DTE	<p>E93 O enfermeiro deve ver,</p> <p>E93 deve testar o conhecimento do doente.</p> <p>E93 Quando vai realizar qualquer procedimento e, e ... hum... Pausa</p>

	<p>E93 Saber o que é que ele sabe acerca do assunto.</p> <p>E95 Deve-se ter um bocado de atenção ao que o doente sabe,</p> <p>E97 A informação se a doente estiver em condições de perceber o seu estado, se for grave ou menos grave.</p> <p>E98 Devemos perguntar ao doente o que é que ele sabe.</p>
<p>♦ PARTICIPAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - LIMITADA - CONFERIR A PARTE LEGAL - MAIOR RELAÇÃO 	<p>E96 O grau de participação do enfermeiro terá que estar limitado entre aquilo que ... pausa</p> <p>E97 O enfermeiro é confirmar se estás tudo, se está tudo nas formas legais.</p> <p>E99 No ponto de vista de enfermagem somos nós próprios.</p> <p>E99 No ponto de vista médico podemos colaborar,</p> <p>E99 como nós estamos 24 h com o doente é natural que o doente nos questione sobre os procedimentos que vão ser feitos.</p> <p>E99 E dentro de determinados limites nós podemos colaborar. Pausa</p> <p>E99 Retirando os medos ao doente,</p>

	<p>E99 minorar a ansiedade, naquilo que soubermos e pudermos fazer,</p> <p>E101 Na participação quanto muito podiam colaborar,</p> <p>E101 colaborar através da colheita de dados.... hum... Pausa</p> <p>E101 Não ter um papel muito activo, porque isso tem que ser mesmo o médico.</p> <p>E105 Hum... em parte deve ter uma grande participação... Pausa</p> <p>E105 Mas da experiência que nós temos para nós enfermeiros temos uma relação maior com o doente.</p> <p>E105 O enfermeiro deve participar por isso no consentimento informado.</p>
♦ W EM EQUIPA	<p>E96 Primeiro terá que ver o que o médico falou para que dentro desses parâmetros,</p> <p>E96 utilizar quase a mesma linguagem</p> <p>E96 e não haver determinadas discrepância.</p> <p>E96 Por conseguinte teria ... hum... que ser um trabalho de equipa,</p> <p>E96 porque o médico teria também que falar com o enfermeiro.</p>

	<p>E96 Este doente tem esta situação, corre-se este risco ou esta vantagem, o doente têm conhecimento, portanto na sua abordagem falarmos todos a mesma linguagem</p> <p>E100 Eu acho que deve ser articulado com o médico e acho que deve ter um papel importante.</p>
♦ DIREITO	<p>E97 Eu acho que se deve dizer o doente tem o direito de saber o que tem ou aquilo que pensam fazer-lhe.</p>
♦ FAMILIA	<p>E97 Se não tiver consciente, contactasse o familiar mais próximo, o marido , o filho...</p>
♦ O ENF NÃO PARTICIPA	<p>E104 Neste momento nenhum,</p> <p>E104 não existe,</p> <p>E104 ou talvez comece a existir, a falar-se,</p> <p>E104 talvez com as novas políticas das escolas de enfermagem, não sei.</p>

--	--

TIPO DE INF NOS DTES COM DIAGNÓSTICO GRAVE

<p>♦ NÃO INFORMA - VERDADE</p>	<p>E91 Eu pessoalmente não dou nenhuma, eu acho que... que.... hum... Pausa</p> <p>E91 Eu por minha auto recriação não digo nada,</p> <p>E91 não posso fazer isso,</p> <p>E96 Hum... por principio não sou muito clara... hum....</p> <p>E96 Porque muitas vezes aquela pessoa que nos diz, eu quero saber a verdade, estou preparada para saber a verdade, não corresponde a 100%.</p> <p>E96 O subconsciente não quer saber a verdade, quer e não quer.</p> <p>E96 Porque no dia em que é dita a verdade nua e crua, ele entra em depressão e surgem imensas complicações.</p>
------------------------------------	--

	<p>E96 Isto é o que a experiência da vida me têm ensinado, não é?</p> <p>E97 Eu não dou!</p> <p>E97 A não ser que tenha a autorização médica.</p> <p>E97 Eu procuro não dar,</p> <p>E97 Não dou!</p> <p>E98 Não dou informação.</p> <p>E101 Não sou muito directo nem muito preciso.</p> <p>E102 Nós tentamos fugir um bocado a essa situação</p>
♦ W EM EQUIPA	<p>E91 Primeiro tem que ir ao encontro ao talvez ao que o médico já lhe disse.</p> <p>E99 e podermos em conjunto,</p> <p>E99 estar em sintonia.</p> <p>E99 Não vou dizer uma coisa e outro dizer outra e aumentar a ansiedade ao doente.</p> <p>E100 Vou ao encontro do que o médico já falou com eles.</p>

	<p>E105 Eu nunca dou informação clínica ao doente, sem que o médico o faça.</p> <p>E105 Dependendo do que o clínico, o médico lhe explicou... hum... Pausa</p>
<p>♦ DEVER MÉDICO INFORMAR - NÃO INF</p>	<p>E91 é um dever médico,</p> <p>E91 é o dever de informar,</p> <p>E91 é um dever médico</p> <p>E93 O médico é que deve dar essa informação,</p> <p>E97 isso tem a ver com a informação mais directa com o médico.</p> <p>E99 Mas quando é uma situação que eu... Pausa</p> <p>Mas eu não tenho conhecimento de todo, eu passo ao médico. Pausa</p> <p>E99 Para o médico poder ajudar o doente</p> <p>E100 porque encontra-se muito no dia a dia o médico não informa e ... hum... Pausa</p> <p>E101 Opto por dizer: « O seu médico vai-lhe explicar melhor isso», há muitas medidas.</p> <p>E102 e tentamos responsabilizar mais o médico.</p> <p>E103 E que felizmente é o médico a fazê-lo, mas não é fácil para ninguém.</p>

	<p>E104 Tento contornar a situação no sentido de preparar, para que o médico vá dizer.</p> <p>E104 Agora se o médico vai dizer ou não o problema é dele!</p>
♦ DIREITO DO DTE	<p>E91 As pessoas tem o direito a saber tudo,</p> <p>E91 mas tem o direito de saber e tem também o portanto.... hum... Pausa</p>
♦ CONHECER O DTE	<p>E91 e depois tem que se conhecer o doente</p> <p>E91 e tem que se saber até que ponto o doente quer ou não saber o seu diagnóstico e isso tem que ser respeitado.</p> <p>E96 tento saber até que ponto o doente tem conhecimento, consciência da sua situação.</p> <p>E96 E dentro disso vou, vou enfim dizendo qualquer coisa que também não vá ferir,</p> <p>E96 porque não sei até que ponto o doente aceita.</p>
♦ NEUTRALIDADE DA NOSSA OPINIÃO	<p>E91 Por muito que nos custe, por muito que a nossa opinião possa ser, possa ser... hum ... Pausa</p>
♦ DEPENDE DO DTE - AVALIAÇÃO DO DTE	<p>E91 Por isso consoante o doente,</p> <p>E91 Porque muitas vezes os doentes não tem a capacidade de, de hum... informação,</p>

	<p>E91 de dissecar a informação,</p> <p>E91 consoante o doente que têm à frente se pode ir dizer... hum.... mais ou menos.</p> <p>E91 Porque há doentes que efectivamente não querem saber, não é?</p> <p>E91 Preferem não saber, portanto... hum... Pausa</p> <p>E91 Por isso têm que se avaliar o doente que se tem à frente</p> <p>E91 e consoante as informações que sabemos, que o médico passou ou tem que se ir dando,</p> <p>91 consoante o grau de emocionalidade do doente,</p> <p>E92 Primeiro pergunto-lhe o que ele sabe da situação</p> <p>E92 e depois tenho que perceber que tipo de doente tenho à minha frente e o que é que eu lhe posso dizer.</p> <p>E92 E se vou dizer de uma vez ou se vou dizer dando uma informação, informação,</p> <p>E92 parcelando a informação de acordo com o tipo de doente que eu tenho.</p> <p>E92 Antes deve-se saber o que ele sabe de si próprio</p> <p>E92 ou o que ele sabe da patologia que ele tem.</p> <p>E94 Se o doente souber.... hum... pausa</p>
--	---

	<p>E95 Tenho que me cingir à informação que o doente já tem</p> <p>E99 Depende do doente que tenho à frente,</p> <p>E99 da forma como ele encara a situação da doença.</p> <p>E103 e é conforme a reacção do doente, assim a nossa atitude.</p> <p>E103 E a escolha do momento e da forma de o dizer.</p> <p>E103 Porque há pessoas que estão preparadas e querem saber tudo o que se passa com elas</p> <p>E103 e há outras que não querem saber mesmo.</p> <p>E103 Às vezes andamos à procura da altura para lhe dizer... hum... pausa</p> <p>E eles fogem... hum... pausa</p> <p>E103 Portanto não é muito fácil de definir, como dar uma informação que não é boa.</p> <p>E103 Há pessoas que querem saber e vão directo e querem saber as coisas.</p> <p>E103 E há outras que até fogem da situação.</p> <p>E103 É um pouco diferente conforme a situação,</p> <p>E103 Também não pode ser predefinido como se vai fazer, depende da atitude do doente</p> <p>E105 Se o doente percebe bem... hum... Pausa</p>
--	---

	<p>E105 Depende da participação do utente</p> <p>E105 e se o doente aceitar, porque há doentes que não aceitam.</p> <p>E105 Se o doente não aceita, não sou eu que vou impor ao doente: «Olhe este diagnóstico é muito grave».</p> <p>E105 Vou tentar explicar e ajudar o melhor possível.</p>
<p>♦ ACTUAÇÃO DO ENF NA INF</p> <ul style="list-style-type: none"> - CUMPLICIDADE - APOIO - COMPLICADO 	<p>E91 não há um, não há um, não pode haver um protocolo de actuação,</p> <p>E91 Acho que as pessoas não podem estar cegas,</p> <p>E91 não podem viver na ilusão que vão ficar bem, a</p> <p>E91 aquela coisa, deixe estar que isso vai passar, ou que isso é só uma má fase.</p> <p>E91 Isso não se pode fazer isso,</p> <p>E91 não se pode enganar o doente.</p>

	<p>E91 Mas às vezes o apoiar também tem muita importância.</p> <p>E92 Se o doente consegue perceber para já primeiro a informação,</p> <p>E92 esta não deve ser dada de uma vez só.</p> <p>E92 Portanto vamos doseando a informação,</p> <p>E92 antes de tudo mais a informação.</p> <p>E93Eu tento não dar essa informação, ou... hum... Pausa</p> <p>E93 Dá-la na presença de outro profissional de saúde, como por ex. o médico.</p> <p>E93 não faz parte das minhas competências dizer à pessoa que ele tem um, um diagnóstico grave</p> <p>E95 Mas nunca ultrapassando o que o médico disse ao doente.</p> <p>E98 Quando ele sabe, tento esclarecer,</p> <p>E98 quando ele já sabe tento esclarecer, mais ainda.</p> <p>E100 Tento não me precipitar,</p> <p>E101 Se o doente souber o que se passa realmente, tem a noção do que se passa, já é possível haver maior cumplicidade com ele.</p>
--	--

	<p>E101 Tentar não deixar abater bastante,</p> <p>E102 Eu tive umas experiências e custou-me imenso ter que falar, bom não falei, ter que acompanhar só o familiar ou a própria pessoa.</p> <p>E102 É muito complicado.</p> <p>E104 Tenho muita cautela,</p> <p>E105 Eu informo ... Pausa</p>
♦ REAÇÃO DO DTE Á INF	<p>E91 de podermos ter um comportamento, sei lá!</p> <p>E91 Não há comportamentos adequados, mas, mas.... pronto adaptar-se.</p>
♦ FAMILIA	<p>E91 qual o grau de compreensão da doença do doente e da família.</p> <p>E91 Tudo, tudo na relação também com a família,</p> <p>E91 com a relação com a família.</p> <p>E100 A família, a família às vezes sabe e tem o habito de esconder.</p>

♦ DÚVIDAS	<p>E92 Que tenha um diagnóstico grave, grave... hum... Pausa</p> <p>E92 Tenho que pensar, o diagnóstico, o que é o diagnóstico?</p> <p>E93 Que tipo de informação?</p> <p>E95 Que informação?</p> <p>E97 Que tipo de informação dou à doente?</p> <p>E99 Que tipo de informação dou?</p> <p>E99 Eu tento... Pausa</p> <p>E102 Não sei!</p> <p>E102 Eu sinceramente não sei.</p> <p>E104 Como informo?</p> <p>E104 Que tipo de informação dou?</p> <p>E104 não sei até que ponto está no meu âmbito informar os doentes, quando têm um diagnóstico grave.</p>

♦ QUALIDADE DE VIDA	<p>E93 Se o doente souber, vou-lhe dar a informação que lhe.... hum.... vão.... hum.... pausa</p> <p>E94 Uma qualidade de vida melhor., não é?</p> <p>E95 e depois tenho que utilizar todos os meios que existem para prolongar, dar uma qualidade e vida ao doente, tanto quanto possível.</p>
♦ AJUDA	<p>E93 Ajudar a pessoa,</p> <p>E93 a informação que vão dar alguma ajuda ao doente.</p>
♦ APOIO	<p>E94 Damos a melhor ... hum... como dizer?</p> <p>E94 Apoio</p>

	E101 dar-lhe o máximo de apoio.
♦ ESPERANÇA	<p>E94, enquanto á vida à esperança,</p> <p>E94 que a pessoa não se deve render à doença, que tem que ter esperança.</p> <p>E94 Agarrar-se, ter força de vontade, acima de tudo não deixar o doente desmoralizar.</p> <p>E99 Tento contornar o problema,</p> <p>E99 de forma a aliviar a ansiedade,</p> <p>E99 mas também não lhe dou falsas esperanças.</p>
♦ COMPLICADO - DIFICIL	<p>E103 Felizmente não tenho muitas situações destas.</p> <p>E103 Mas não é fácil</p> <p>E103 não é nada fácil.</p>

C.I CONTRIBUI PARA A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS

♦ SIM	<p>E91 Acho que sim.</p> <p>E92 Acho que sim.</p> <p>E92 Acho que sim,</p> <p>E92 esclarecido,</p> <p>E92 acho que sim.</p> <p>E92 á sua tomada de decisão,</p>
-------	---

	<p>E92 o doente pode querer,</p> <p>E92 o médico pode querer e o doente não autorizar.</p> <p>E93 Sim,</p> <p>E93 claro que sim.</p> <p>E95 Mas é bom para a criança e em geral para todos, quer dizer.</p> <p>E96 Eu penso que sim.</p> <p>E97 Eu acho que contribui.</p> <p>E97 Eu acho que contribui,</p> <p>E98 Acho que sim.</p> <p>E99 Para a humanização acho que sim.</p> <p>E99 E hum ... pronto é bom para o doente.</p> <p>E99 Mas contribui sem dúvida nenhuma para a humanização.</p> <p>E100 Contribui.</p> <p>E100 Acho que sim.</p> <p>E101 Sim.</p>
--	---

	<p>E102 Sim.</p> <p>E102 Será mais fácil.</p> <p>E104 Acho que sim.</p> <p>E104 È muito importante para os nossos doentes, família e amigos. Pausa</p> <p>E105 Acho que sim,</p> <p>E105 bastante.</p> <p>E105 Sim,</p>
--	---

<p>♦ RELAÇÃO DA INF COM A HUMANIZAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - ANSIEDADE - HOJE EM DIA - DTES EXIGENTES 	<p>E91 Porque acho que a partir do momento em que as pessoas são informadas dos procedimentos que, que... hum... Pausa</p> <p>E95 Da nossa parte acho bem.</p> <p>E97 e nomeadamente o enfermeiro também</p> <p>E98 E se está informado ele pode contar com a equipa de saúde.</p> <p>E99 Porque para diminuir a ansiedade ao doente.</p> <p>E102 Porque partindo do principio que a pessoa está informada tem menos receios relativamente ao que está a passar e possivelmente encara melhor a situação.</p> <p>E102 A pessoa está numa situação estranha para ela, é mais fácil para ultrapassar isso</p>

	<p>E104 Hoje em dia nós temos que saber o que nós temos, o que nos vão fazer e o que nos fizeram.</p> <p>E104 Porque é assim, nos dias de hoje e com os doentes cada vez mais exigentes, nós temos que saber o que estamos a fazer.</p> <p>E105 A pessoa estar informada daquilo que tem, do seu estado, os cuidados podem ser muito melhorados.</p> <p>E105 Ter conhecimento daquilo que estão a passar e do que vão passar é muito importante,</p> <p>E105 essa humanização será um ganho,</p>
♦ INF	<p>E91 Primeiro faz com que as pessoas estejam mais dentro, sobre o processo da doença, que é uma coisa importante,</p> <p>E92 se o consentimento informado for suficientemente esclarecedor,</p> <p>E93 Contribui porque a pessoa sabe o que se passa com ela,</p> <p>E93 o que vai fazer,</p> <p>E93 sabe o porque das coisas.</p>

	<p>E93 mas não posso de maneira alguma julgar ou criticar a pessoa porque ela tem esse direito.</p> <p>E98 Porque o doente tem que saber tudo o que ele tem... hum.. Pausa.</p> <p>E99 O doente sabe o que lhe vai acontecer,</p> <p>E99 o que pode esperar.</p> <p>E99 É importante também informar o doente dos riscos,</p> <p>E99 não só lhe dizer o que lhe vamos fazer, mas também dos riscos, da cirurgia, por ex. ou até da colocação de um cateter.</p> <p>E99 Para o doente estar minimamente saber o que pode contar.</p> <p>E99 Muitas vezes fazemos coisas aos doentes e os doentes não sabem. Pausa</p> <p>E101 Porque o doente ao ter conhecimento sobre tudo o que vai ser feito ou o que foi feito, é muito mais fácil lidar com as situações que possam daí advir.</p> <p>E105 essa informação é muito importante.</p>
--	--

<p>♦ ENVOLVIMENTO DO DTE NO PROCESSO</p> <p>- RESPEITO PELA DECISÃO DO DTE</p>	<p>E91 que sejam envolvidos no processo da sua própria doença e isso humaniza os cuidados, não é?</p> <p>E93 Não é um objecto que está ali para ser cuidado, para ser tratado e não interessa se tem ou não conhecimento do que vai ser feito.</p> <p>E93 A pessoa e a família tem que ser englobados nos cuidados de saúde</p> <p>E93 Acha que não deve fazer isto ou aquilo ou acha que esta não é a decisão mais correcta</p> <p>E93 ou pura e simplesmente não quer fazer o procedimento, porque acha que não vale a pena</p> <p>E93 é de respeitar a pessoa que temos á nossa frente e,</p> <p>E93 e respeitar a sua decisão</p> <p>E93 e ela deve ter tida em conta.</p> <p>E100 Porque podemos, porque só assim o doente pode decidir em consciência</p> <p>E100 se aceita os métodos invasivos, terapêuticos,</p> <p>E100 Deve decidir entre um ou outro método terapêutico.</p>

	<p>E100 Até porque há terapêuticas alternativas.</p> <p>E100 Ele pode ser ou não um doente paliativo, ele é que escolhe.</p>
♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DTE	<p>E91 Porque é uma relação maior,</p> <p>E91 porque quando se fala de coisas que podem ser graves ou pode não ser, podem ser um acto médico, não é que não tenha qualquer gravidade,</p> <p>E91 porque todos os actos podem ter risco inerente.</p> <p>E91 Mas pode ser uma coisa... hum... Pausa</p> <p>E91 Qualquer comunicação feita,</p> <p>E91 qualquer relação,</p>
♦ EMPATIA	<p>E91 Qualquer explicação dada aumenta a empatia aos doentes, entre os doentes e os médicos e entre as pessoas, da equipa, os técnicos de saúde e pronto!</p>
♦ W EM EQUIPA	<p>E91 relação que exista nas pessoas da equipa de saúde... hum... é o doente é sempre mais,</p>

	<p>E91 porque é o caminho para a humanização.</p> <p>E96 No sentido em haver mais colaboração das pessoas envolvidas: doentes, família e enfermeiros.</p> <p>E96 Se neste consentimento tivermos todos esta linha de pensamento, a mesma linguagem, eu penso que se dá uma colaboração maior.</p>
<p>♦ DTE DIREITO</p> <ul style="list-style-type: none"> - SABER - AUTONOMIA 	<p>E92 O doente tem o direito de saber o que se passa consigo e o que lhe vão fazer.</p> <p>E92 Mas sobretudo ao doente, tem o direito de saber, faz parte da ética.</p> <p>E92 E o doente tem o direito à sua autonomia,</p> <p>E93 e tem o direito de se recusar a uma série de coisas.</p>
<p>♦ FAMILIA</p>	<p>E92 Assim como a família,</p> <p>E92 a família existe nesta situação se o doente quiser.</p> <p>E92 Porque se o doente for autónomo, a família só participa se o doente quiser.</p> <p>E95 depende das barreiras que vamos encontrar na família, da.... hum... Pausa</p> <p>E95 Da família é muitas vezes uma obstrução,</p>

	<p>E95 mas acho que bem informados, podem dar um maior apoio, mas é trabalhoso.</p> <p>E95 Os paizinhos das crianças... hum.... é muito difícil aceitarem a realidade</p> <p>E95 e sobretudo em miúdos, é uma violência muito grande.</p>
♦ NEUTRALIDADE	<p>E93 E eu posso não concordar com isso pessoalmente,</p>
♦ DEPENDE	<p>E94 Depende.</p> <p>E94 Depende muito da educação, do meio cultural das pessoas, aceitarem ou não.</p> <p>E94 Depende dos familiares e do próprio.</p> <p>E95 É um bocado relativo,</p>
♦ TIPO DE DOENTES	<p>E94 Há muitos tipos de doentes, familiares... hum... pausa</p> <p>E97 mas desde que o doente tenha a capacidade de perceber o que se está a fazer, a dizer</p> <p>E99 Dentro dos seus limites se forem confusos e desorientados é complicado.</p> <p>E99 Os doentes dizem que sim, mas passados algumas horas, não sabem muito bem o que</p>

	dizem, o que lhes vão fazer.
♦ REAÇÃO Á INF	E95 Há a rejeição, E95 recusam-se a aceitar a verdade.
♦ QUALIDADE DE VIDA	E100 que podem prolongar muito a qualidade de vida, a vida do doente.
♦ O C.I NÃO É APLICADO	E103 Acho que o consentimento informado não é devidamente aplicado. E103 Por isso não acho que tenha dado grandes contribuições na prática. E103 E não me parece que tenha sido devidamente aplicado, E103 pelo menos onde trabalho e trabalhei.
♦ LEGAL	E103 Tornou-se um protocolo da instituição, legal dos profissionais. E103 Mas isso é mais uma defesa para o doente.

--	--

MÉDICOS HPL

SGNIFICADO DO C.I

♦ COMPLICADO	E106 Hum.. é complicado o consentimento informado assim rapidamente. Pausa
--------------	--

	E108 Para mim o consentimento informado é uma coisa um pouco mal definida.
<p>♦ JURIDICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - FORMAL - ASSINATURA - DOCUMENTO 	<p>E106 Excluindo o aspecto jurídico,</p> <p>E107 Tem dois aspectos. um é o aspecto formal, em que há um documento em que o médico e o doente ... hum ... Pausa</p> <p>E107 assina, uma autorização para que o médico, o hospital ou o quer que seja façam o procedimento diagnóstico ou terapêutico, explicando ao doente.</p> <p>E107Esta é a parte formal do consentimento informado. Pausa</p> <p>E107 Pode ter mais interesse, mas não é o mais importante.</p> <p>E108 Se possível com testemunhas.</p> <p>E113 se bem que hoje em dia não se assiste a isto.</p> <p>E113 Eu acho bem porque nos defendemos.</p> <p>E115 É o acto que o doente têm que assinar depois de se ter explicado os riscos do acto médico.</p> <p>E116 O que é para mim o consentimento informado?</p>

	<p>E116 É um documento que protege os dois lados da questão, seja o médico seja o doente.</p> <p>E116 e ambos devem assinar.</p>
<p>♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DTE</p> <p>- PATERNALISMO</p>	<p>E106 o que me interessa mais é o doente,</p> <p>E107 O consentimento informado é uma parte na relação médico/ doente mais importante,</p> <p>E107 E que se pretende do doente hum mais do que a autorização é a compreensão do que se vai passar.</p> <p>E111 O consentimento informado passa pela relação médico/ doente,</p> <p>E111 é uma relação de confiança</p> <p>E111 mas sobretudo de honestidade para com o doente.</p> <p>E116 É bom para os dois lados.</p> <p>E120 Versus um conceito de paternalismo que era o que... Pausa</p> <p>E120 Antigamente predominava e que em certas áreas e enquadramento sociológico se pode</p>

	<p>aceitar ou não que exista.</p> <p>E120 Tendo sempre em vista que está sempre presente o bem do doente.</p> <p>E120 O paternalismo também tem presente isso.</p> <p>E120 Na situação dos tempos modernos com a capacidade de informação, compreensão mais alargada por parte dos doentes é o que predomina.</p>
<p>♦ INFORMAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - LINGUAGEM - - DTE ENTENDEU - EXP MÉDICA 	<p>E106 É obvio que temos que explicar o melhor possível ao doente. Pausa</p> <p>E106 a explicação ... hum ... tão simples e tão compreensível pela parte do doente do que nós vamos fazer... hum ... Pausa</p> <p>E106 O problema aqui ... hum ... é o aspecto hum ... que nós ficarmos conscientes que o doente compreendeu e entendeu perfeitamente aquilo que lhe foi dito.... hum.... pausa</p> <p>E106 A partir do momento em que temos essa, no nosso consciente que o doente entendeu perfeitamente o que se lhe vai fazer e a razão porque se lhe vai fazer</p> <p>E106 e que entendeu um pouco os riscos que se estão associados a isso.</p> <p>E106 O que nós queremos é que o doente tome um pouco consciência da situação e ... hum ..</p>

	<p>E106 E explica e fundamenta de forma compreensível para o doente, essa opção,</p> <p>E106 a opção que ele entende,</p> <p>E106 e que, que espera que o doente aceite essa sugestão.</p> <p>E107 em que se explica ao doente, os riscos, as vantagens, explicar ... hum... pausa</p> <p>E108 Depois de ele estar esclarecido,</p> <p>E108 depois de se informar o que se vai fazer.</p> <p>E108 Bom, o consentimento informado é a informação dada ao doente antes de qualquer acto médico ou cirúrgico,</p> <p>E108 o doente tem que saber o quê, o porquê as consequências e os efeitos secundários que possam ter e os efeitos benéficos em principio são todos para ter.</p> <p>E110 O consentimento informado implica como o nome indica, dizer a informação de dado procedimento.</p> <p>E111 O consentimento informado é mais do que informar o doente, vai para além disso. Pausa</p> <p>E111 O médico deve falar da sua experiência como cirurgião e não dizer as percentagens ou as estatísticas.</p>
--	---

	<p>E111 Nos EUA o risco é X, mas ele pode só ter feito duas cirurgias, ou então da sua experiência nessa cirurgia teve uma ou duas complicações. Pausa</p> <p>E111 O médico devia informar da sua experiência a fazer aquela cirurgia e os seus casos de sucesso e não a estatística que ele conhece.</p> <p>E111 E 95% dos médicos não dizem ao doente as complicações que tiveram</p> <p>E111 E devo explicar a medicação também, mas ele não percebe nada do que se lhe está a dizer</p> <p>E113 onde é explicado ao doente tudo, todos os pormenores.</p> <p>E114 após o doente ter sido esclarecido em relação às vantagens e desvantagens dessa técnica e das técnicas alternativas.</p> <p>E116 O doente tem o direito de ser completamente informado do que se vai ser feito</p> <p>E116 Para ambos terem a certeza, um que foi esclarecido e o outro que esclarecemos.</p> <p>E116 Deve-se esclarecer tudo o que o doente quer e por outro lado proteger.</p> <p>E117 É a informação que se dá aos doentes antes de qualquer acto médico.</p> <p>E117 Explicando as vantagens e riscos que esse acto comporta.</p> <p>E118 depois de esclarecido da situação clínica, quer em relação aos medicamentos ou das</p>
--	--

	<p>cirurgias.</p> <p>E119 depois de ter conhecimento da forma de realização do procedimento, quais os riscos desses procedimentos, desvantagens e desvantagens do mesmo.</p>
♦ REFLEXÃO	<p>E106 Os riscos, os benefícios</p> <p>E106 e em função do balanço que nós vamos ter que fazer sempre,</p> <p>E106 entre os benefícios potenciais de qualquer acto médico,</p> <p>E106 o gesto que este mesmo inclui quando este é mais, favorável para o doente, nós devemos praticar esse gesto.</p>
<p>♦ DECISÃO MÉDICA</p> <p>- NÃO PARTILHA</p> <p>- - ACTO CLÍNICO</p>	<p>E106 .. e não é partilhar connosco a decisão hum ... pausa</p> <p>E106 Porque a decisão é médica,</p> <p>E106 aceitar a decisão médica de uma forma mais consciente. Pausa</p> <p>E106 Não há partilhar de decisão,</p> <p>E106 não escolhe,</p>

	<p>E106 porque não está em condições de escolher,</p> <p>E106 quem decide é o médico,</p> <p>E106 o médico é que tem que escolher. Pausa</p> <p>E106 O mais adequado é esta solução. Pausa</p> <p>E108 Mas para mim é qualquer acto clínico que se exerce sobre o doente. Pausa</p>
♦ DÚVIDA	<p>E107 O consentimento informado?</p> <p>E112 O que é para mim o consentimento informado?</p> <p>E113 O que é para mim o consentimento informado?</p> <p>E113 Espera lá!</p> <p>E113 Eu posso estar a dizer um grande disparate.</p> <p>E117 O que é o consentimento informado?</p> <p>E118 O que é o consentimento informado?</p>
♦ C.I JÁ SE FAZIA	<p>E106 É uma pratica médica que nós já tínhamos,</p>

	<p>E106 eu julgo que nós, que muitos de nós já tínhamos, mesmo antes de chegar estas, estas, estas normas, directrizes.</p> <p>E106 Que torna o consentimento informado não obrigatório, mas desejado ... hum...</p> <p>E106 E que a gente vê muito divulgado por tudo quanto é ... hum ... hospitais.</p> <p>E106 Mas é... hum ... no fundo é o prolongamento da consulta,</p> <p>E106 o consentimento informado não é mais do que o prolongamento de uma consulta ... hum</p> <p>....Pausa</p> <p>E106 Consulta onde se toma uma decisão um pouco, um pouco, pouco mais complexa quer dizer.</p> <p>E106 O consentimento informado ... hum ... é usado muito na pesquisa médica, quando estamos a utilizar um medicamento um pouco, potencialmente agressivo,</p> <p>E106 mas sobretudo quando prescrevemos algum acto de diagnóstico, complicação ou gesto terapêutico ou cirúrgico, que tem um potencial de complicação também razoável.</p> <p>E106 No fundo é o terminar da consulta do gesto da consulta médica.</p>
--	---

<p>W EM EQUIPA</p>	<p>E107 Ou o doente e a enfermeira que fazem parte da equipa</p> <p>E113 Mas acho que o consentimento informado tem a ver com a actividade em equipa</p> <p>E113 que todas as pessoas funcionem de acordo, em equipa, no qual está inserido o doente.</p> <p>E113 Eu acho que há determinados protocolos que não é preciso, estar sempre a explicar, a enfermeira pode fazer,</p> <p>E113 O consentimento informado isto é toda a gente chegar a um consenso,</p> <p>E113Têm que haver um consenso, na equipa estarem todos sintonizados.</p> <p>E113 Mas por ex. quando eu pergunto Sr. Enf. porque não fez treino de marcha ao doente, ela diz e bem porque não está escrito na pasta, isto se entra num protocolo, não é necessário.</p>
<p>♦ O DTE ACEITA</p> <p>- AUTORIZA</p> <p>- DÁ SINAL DE AFIRMAÇÃO</p> <p>- AUTONOMIA</p>	<p>E108 Em que ele dá, o seu, o seu sinal de afirmação ao médico para o fazer.</p> <p>E110 O consentimento informado é a aceitação por parte do doente de determinada técnica, diagnóstico e /ou terapêutico, devidamente esclarecido sobre todos estes procedimentos.</p> <p>E112 É a solicitação ao doente de uma forma esclarecida. Pausa</p> <p>E112 A autorização para fazer um procedimento médico.</p>

	<p>E114 É uma autorização para um procedimento médico quando têm algum risco,</p> <p>E115 O doente consente a sua cirurgia ou tratamento depois de ter sido informado</p> <p>E118 É uma autorização dada pelo doente,</p> <p>E118 O doente tem que dizer se aceita ou não fazer os exames complementares ou outras técnicas invasivas.</p> <p>E119 Está um bocado nas palavras, é ... hum ... Pausa</p> <p>E119 É a autorização que o doente dá para que se faça determinados procedimentos</p> <p>E120 Primeiro o consentimento informado visa respeitar as preferências dos doentes face às alterações que se propõe tendo em vista a sua autonomia. Pausa</p> <p>E120 Que é o respeito pela autonomia</p> <p>E120 e tendo em conta as preferências do doente às alterações que se põe</p> <p>E120 uma vez informado da situação clínica, as propostas terapêuticas e prognósticos.</p>
♦ RECUSA DO DTE	E110 O doente tem o direito de não aceitar aquilo que vai ser feito, depois de devidamente

	<p>explicado... Pausa</p> <p>E110 Eu penso que isto acontece quando por vezes os doentes que vão autorizar procedimento e não estão esclarecidos sobre os quais não estão devidamente esclarecidos.</p>
♦ FALTA DE HONESTIDADE DOS MÉDICOS	<p>E111 Não há honestidade da parte dos médicos.</p> <p>E111 Portanto é difícil falar assim de consentimento informado</p> <p>.</p>
♦ O C.I RESTRITO Á CIRURGIA	<p>E111 e porque é que só se fala da cirurgia e não da medicina?</p> <p>E111 O consentimento informado é mais para a cirurgia do que para a medicina</p> <p>E111 O doente pode correr bem e não ter complicações, mas da parte da medicina, da parte cardíaca pode ter.</p> <p>E111 e quando assinou o papel do consentimento informado, foi para aquela cirurgia onde estava especificados os riscos e ele teve um problema cardíaco.</p> <p>.</p>

♦ ERRO TERAPEUTICO	E111 E se houver um problema com a medicação, um erro, como é?
♦ OBRIGATÓRIO	E116 E acho que é obrigatório em qualquer acto, que actue na integridade do doente, com a pele, tudo o que interfira.

OBRIGATORIEDADE DO C.I

<p>♦ SIM</p>	<p>E106 Eu acho que sim.</p> <p>E106 Eu acho que sim.</p> <p>E107 a obrigatoriedade do aspecto profissional concordo!</p> <p>E108 Sim!</p> <p>E108 Hoje em dia é essencial.</p> <p>E110 Sim,</p> <p>EE110 concordo.</p> <p>E110 Em todas as outras sim.</p> <p>E112 Sim,</p> <p>E113 Aí, eu concordo com a obrigatoriedade.</p> <p>E114 Concorde.</p> <p>E115 Concorde.</p> <p>E116 Sim.</p> <p>E118 Concorde.</p> <p>E119 Sim.</p>
--------------	---

♦ ÉTICA	<p>E106 Em primeiro lugar uma obrigatoriedade ética, é, é ... hum</p> <p>E106 E agora como isto, se torna prática corrente e lá no fundo o sentido ético da medicina.</p>
<p>♦ C.I ESCRITOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - PAPEL - ASSINAR - BUROCRATICO 	<p>E106 e depois será, não é uma norma.</p> <p>E106 Eu já fiz muitos consentimentos informados ... hum Pausa</p> <p>E106 É só dar o papel e pedir para assinar, eu não acho que isto seja um consentimento informado,</p> <p>E106 é apenas a resolução de um aspecto burocrático ... hum ... Pausa</p> <p>E106 e portanto não basta dar-lhe o papel e que ele assine no fim do papel e a partir daqui está o consentimento informado feito ...</p> <p>E106 É apenas um aspecto burocrático que tem pouco a ver com o consentimento informado.</p> <p>E107 Mas a gente consegue ver a obrigatoriedade do documento,</p> <p>E107 A obrigatoriedade do documento é me indiferente,</p> <p>E111 não defende o médico no tribunal.</p> <p>E111 O doente assina um papel e fica descansado e sobretudo o médico também.</p>

	<p>E111 não o protege.</p> <p>E120 há aqui um ponto que é falso que é essa ideia que há uma folha e que o doente assina.</p> <p>E120 Isto não é nada!</p> <p>E120 Tem um valor legal discutível,</p> <p>E120 mas isso era a maneira cómoda de ilibar o médico sem mais nada.</p> <p>E120 Não é isso o consentimento informado.</p> <p>E120 Pode ter uma formalização desse tipo, mas não acaba aí.</p> <p>E120 Esse é o ponto!</p> <p>E120 O problema do consentimento informado não se esgota com o papel que se faz,</p> <p>E120 não quer dizer que não houvesse mas os doentes não percebiam as queixas mais de 90%.</p>
--	---

♦ O DTE NÃO ENTENDE	<p>E106 O problema às vezes e nós vemos muito, muitas vezes vemos consentimentos informados escritos e sabemos claramente que as pessoas não entendem metade do que está lá escrito.</p> <p>E106 Porque muitos dos textos ... hum ... por muito simples que sejam nós, não temos a certeza que eles entendem ... hum ... Pausa</p> <p>E106 Porque o nível cultural e social é baixo ... hum ...</p> <p>E106 Ou seja nós temos que ficar conscientes que o doente entendeu, o doente e a família às vezes</p>
♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DTE	<p>E107 mas não consegue testar a obrigatoriedade do procedimento, da explicação e da obtenção do consentimento informado.</p> <p>E111 Os doentes queixam-se sobretudo não do tratamento que lhes são feitos,</p> <p>E111 mas sim da maneira como os médicos o tratam, da forma como os atendem.</p> <p>E111 Acusam da morte da mãe, porque não queriam que esta morresse.</p>

	<p>E111 Mas nunca têm bases técnicas.</p> <p>E111 Passa sobretudo pela relação médico/ doente,</p> <p>E111 que se estabelece da relação de confiança da parte do médico.</p> <p>E111 Este só por os ouvir é bom médico e às vezes é uma nódoa. Pausa</p> <p>E111 É triste, mas é verdade!</p> <p>E120 Implica uma explicação,</p> <p>E120 um contacto ao longo do tratamento, para ter a participação do doente, mas, mas...hum... pausa</p> <p>E120 De contrário é aí que vão surgir os problemas.</p> <p>E120 Porque da minha experiência profissional como director da urgência, é que os grandes problemas que existem são de natureza pessoal, de relações entre as pessoas.</p> <p>E120 É do contacto humano!</p> <p>E120 E não de erros técnicos,</p> <p>E120 mas sim no acompanhamento do doente até á alta.</p> <p>E120 Mantém-se uma informação que possa trazer a colaboração do doente para as opções a</p>
--	---

	<p>tomar.</p> <p>E120 Isto é que é importante neste contexto.</p>
<p>♦ DEFESA</p> <ul style="list-style-type: none"> - MÉDICO - DTE 	<p>E109 Concordo por duas razões, uma primeira ou segunda não sei, por defesa do médico.</p> <p>E109 E outra a defesa do doente. Pausa</p> <p>E115 Concordo porque penso que é uma atitude que protege o médico e o doente.</p> <p>E115 Protege o doente porque sabe os riscos e benefícios que podem advir.</p> <p>E115 E protege o médico porque o doente sabe, é informado e consente a sua decisão.</p> <p>E116 Porque é protectivo para os dois lados.</p> <p>E117 Porque a noção que eu tenho é que não é suficientemente informado para evitar as razões que o levam a ter um efeito médico ou legal em sede contenciosa.</p> <p>E118 Porque antigamente punham tudo na costas do médicos e enfermeiros.</p> <p>E118 Eles eram os culpados de tudo.</p> <p>E119 Porque é uma segurança para o profissional no sentido em que ... hum ... o doente não pode alegar no caso haver algum efeito secundário, ou complicação ou algum efeito</p>

	<p>desajustado, que o procedimento não teve conhecimento.</p> <p>E119 Não pode acusar o médico de não ter atingido os objectivos. Pausa</p>
<p>♦ INFORMAÇÃO MÉDICA</p> <p>- NÃO INF AO DTE</p>	<p>E109 Não sabem o que lhes vão fazer e,</p> <p>E109 e sobretudo nestas pequenas ou grandes organizações desorganizadas não sabem o que lhes vão fazer.</p> <p>E109 Não sabem a que é que vão ser operados e quando sabem, não sabem o que lhes fizeram.</p> <p>E109 Pergunta-se ao doente a que foi operado e a resposta é não sei.</p> <p>E109 Foi operado ao estômago e o que lhe fizeram e responde não sei.</p> <p>E109 Podiam não saber os nomes técnicos, mas podiam saber o que lhes fizeram.</p> <p>E109 Não fazem a mais pequena ideia e não tem um relatório a maior parte deles.</p> <p>E109 Assim compromete o doente a saber a sua doença,</p> <p>E109 o médico a explicar o que vai fazer.</p> <p>E118 O doente tem que ter a noção da doença, dos riscos que corre, dos benefícios que pode</p>

	<p>tirar</p> <p>E119 Quanto ao doente é bom, porque está mais informado ... hum ... daquilo que se vai sujeitar.</p> <p>E119 Das vantagens e riscos que pode ter.</p>
<p>♦ SITUAÇÕES ESPECIAIS</p> <p>- DE EMERGÊNCIA</p>	<p>E110 Excepto em situações de paragem cardio respiratória ou de emergência, onde não há tempo para pedir o consentimento informado.</p> <p>E113 Porque eu acho que acidentalmente que há pelo menos em certos casos em que não se pode aplicar o consentimento informado, expliquei-me bem?</p>
<p>♦ NIVEL SOCIO CULTURAL</p>	<p>E110 Deve saber qual o procedimento, deve conhecê-lo com o grau de explicação consoante o seu nível sócio cultural, adequado ao doente que em consciência dá o seu consentimento informado.</p> <p>E117 E da experiência dos EUA, onde nasce o consentimento informado, acho que varia consoante o grau de educação do doente.</p>

♦ NÃO	<p>E111 Não.</p> <p>E111 Claro que não.</p> <p>E117 Não.</p> <p>E117 A obrigatoriedade acho um pouco excessivo.</p>
♦ INUTILIDADE DO C.I	<p>E111 E mais o consentimento informado não serve de nada,</p> <p>E111 Mas isto não serve de nada,</p>
♦ MÁ PRÁTICA	<p>E111 E não ajuda a detectar má prática,</p> <p>E111 essa fica oculta.</p> <p>E111 Não acredito que os meus colegas façam algo propositado ao doente para ele não beneficiar com o tratamento.</p>
♦ REALIDADE PORTUGAL	<p>E111 Nós não podemos colocar a realidade dos EUA em Portugal.</p> <p>E111 Temos que ver a população que temos e a saúde que temos.</p>

	E111 É triste mas é assim.
♦ DEPENDE DO DTE	<p>E112 desde que esteja consciente e colabore.</p> <p>E112 Com a obrigatoriedade? Pausa</p> <p>E117 Haverá doentes em que será importante, noutros não!</p>
♦ DEPENDE COM QUEM SE TRABALHE	<p>E113 Mas tenho que dizer com toda a franqueza que depende com quem se trabalhe.</p> <p>E120 A a depende destes dois pontos que eu falei,</p>
♦ DÚVIDA	E114 Quanto à obrigatoriedade?
♦ DESVANTAGENS	E114 Tem desvantagens, tem algumas desvantagens.
♦ HOJE EM DIA	E114 Mas hoje em dia, não há outra forma de praticar a medicina.

QUEM DEVE APLICAR O C.I

♦ MÉDICO	<p>E106 É basicamente o médico.</p> <p>É o primeiro responsável, o ... hum ...</p> <p>E106 o primeiro responsável, o primeiro responsável hum... Pausa</p> <p>E107 O cirurgião que vai operar deve ser ele o responsável.</p> <p>E109 Acho que devem ser as partes interessadas, o médico e o doente.</p>
----------	--

	<p>E111 O médico.</p> <p>E113 Bem acho que na nossa prática médica actual, acho que podia ser o médico que efectivamente.... hum ... Pausa</p> <p>E113 Embora quem esteja mais em contacto com o doente é a enfermeira, mas deve ser o médico.</p> <p>E115 O médico do doente</p> <p>E115 ou a equipa médica do doente.</p> <p>E116 Acho que sou eu!</p> <p>E117 O médico assistente do doente.</p> <p>E118 O médico.</p> <p>E120 O médico assistente do doente,</p> <p>E120 isto é muito importante!</p> <p>E120 Têm que ser o médico assistente</p>
♦ FALTA DE HONESTIDADE MÉDICA	<p>E111 De uma forma honesta baseando-se na sua honestidade profissional.</p> <p>E111 Tive X sucessos e Y complicações.</p> <p>E111 e na honestidade que este tem que ter</p>

	<p>E111 e esta honestidade não existe</p> <p>E111 e quase nunca anteriormente existiu.</p> <p>E111 O consentimento informado tem que ser o mais do que uma estatística,</p> <p>E111 é uma realidade profissional, de experiência profissional do médico</p> <p>E111 até hoje só conheci um médico que dizia, olhe eu tive estas complicações em 100 doentes, ou eu não tenho experiência nessa cirurgia. Esse indivíduo até já morreu. É assim. Pausa</p>
♦ DIRECTOR DE SERVIÇO	E113 Para mim terá que ser o director de serviço.
♦ ENFERMAGEM	<p>E106 Em certas circunstâncias a enfermagem pode, depende isso depende de que gesto estamos a falar, de que circunstâncias estamos a falar.</p> <p>E106 Por ex. num gesto endoscópico se o pessoal de enfermagem, formado, bem formado da área da endoscopia, terá capacidade de fazer hum ...de fazer parte.</p> <p>E106 Mas na linha prática, da minha esfera de actuação é a única área que eu aceito.</p> <p>E107 Nalgumas circunstancias pode ser até a enfermeira que toma conta do doente, desde que seja este o funcionamento. Pausa</p> <p>E120 Isto porque eu embirro quando estão os enfermeiros especados a ouvir a conversa que</p>

	<p>estamos a ter com os meus doentes.</p> <p>E120 O enfermeiro está para colaborar, não para isto!</p> <p>E120 Isto vem da sensibilidade do enfermeiro.</p> <p>E120 Se estes vem da escola mais velha é melhor.</p>
♦ QUEM PRATICA OS ACTOS	<p>E107 Eu, eu ... hum... Pausa</p> <p>E107 A explicação deve ser dada por quem deve praticar os actos ... hum... Pausa</p> <p>E107 Para mim está claro!</p> <p>E110 A pessoa que melhor conhece o procedimento ,</p> <p>E110 por ex. o consentimento informado que é dado sobre a anestesia que vai ser realizada, só pode ser explicada pelo anestesista e não pelo cirurgião .</p> <p>E110 Deve partir da pessoa que souber explicar o procedimento que vai ser aplicado,</p> <p>E112 Se estiver num consultório é o médico, se estiver a trabalhar sozinho.</p> <p>E112 Numa unidade pode ser por ex. perfeitamente a enfermeira.</p> <p>E114 Eu acho que a aplicação deve ser. Pausa</p> <p>Em gestos, em gestos que estão padronizados o médico ou os profissionais de saúde, em gestos</p>

	<p>que não estão padronizados na cirurgia. Pausa</p> <p>E114 O médico por ex. no cateter central. Pausa</p> <p>E114 O médico ou outro profissional de saúde.</p> <p>E114 Deve ser o profissional que executa o gesto a obter o consentimento informado.</p> <p>E116 Como a pessoa vai ser responsabilizada no fim, então que seja ela a pedir o consentimento informado.</p> <p>E116 E também deve ter o direito de fazer perguntas mais específicas ao interveniente, a quem executa o acto cirúrgico.</p> <p>E119 O profissional que vai realizar o procedimento, eventualmente se o texto for explícito ...</p>
♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DTE	<p>E107 Para mim a relação médico/ doente e estou a falar como cirurgião</p> <p>E111 Passa pela relação médico/ doente</p> <p>E111 e na sua confiança que o doente deposita neste</p> <p>E120 Quem tem que assumir o consentimento informado, fui eu e o doente e a família que eram pessoas esclarecidas.</p> <p>E120 Portanto o médico, o doente e a família.</p>

	<p>E120 com condições de dialogo com o doente, perfeitamente em ambiente privado.</p> <p>E120 É muito pessoal.</p>
♦ W EM EQUIPA	<p>E107 A obtenção do consentimento informado pode ser alguém da equipa, não é obrigatório que seja ele.</p> <p>E107 Já estive em hospitais que funcionava assim.</p> <p>E107 Até há hospitais em que tem que ser o médico e a enfermeira para obtenção desse consentimento informado.</p> <p>E112 pode ser toda a equipa que ali trabalha.</p> <p>E112 Numas situações pode ser o médico, noutras a enfermeira.</p> <p>E119 A técnica, os efeitos secundários, a estatística da eficácia ou não, pode ser outro profissional de saúde, desde que saiba explicar de forma adequada.</p>
♦ INSTITUIÇÃO	<p>E108 Acho que será a instituição onde o acto clínico vai ser realizado, feito.</p>
♦ INF AO DTE	<p>E110 O doente deve perceber até á exaustão o que lhe vão fazer e só depois é que poderá dar o seu consentimento informado,</p> <p>E111 E mais o médico explica ao doente o que vai ser feito,</p>

♦ O DTE ESCOLHE O CIRURGIÃO	E110 e escolher em consciência a cirurgia, o cirurgião.
♦ NÍVEL CULTURAL DO DTE	E110 dependendo do seu nível cultural.
♦ DECISÃO EXCLUSIVA MÉDICA	<p>E111 não há uma participação do doente no tratamento.</p> <p>E111 Este não pode discutir com o médico daquilo que não percebe.</p> <p>E111 O médico é que decide e pronto!</p> <p>E111 Ou aceita ou não aceita.</p> <p>E111 Esta participação do doente na decisão é mentira, não pode , nem deve existir, é assim</p>
♦ DISCUTIVEL	E112 É discutível,
♦ DÚVIDA	<p>E116 Quem vai proceder ao acto?</p> <p>E117 Quem?</p>
♦ CASO CLÍNICO	<p>E120 Dou-lhe um ex. eu tinha um doente que recorreu á urgência com icterícia obstrutiva, o doente era estrangeiro, do Brasil e despoletou-se o seguro. Pausa</p> <p>Bom, telefona-me o médico da companhia de seguros a dizer-me porque é que eu não fazia isto ou aquilo.</p> <p>Bom, passei-me e disse-lhe que não tinha nem idade, nem currículo para fazer medicina tutelar.</p>

	<p>Tive que por o problema ao doente e á família e propus-lhe uma CPRE e em conjunto tomei, tomamos a decisão.</p> <p>Mas fui eu e não o idiota do meu colega dos seguros.</p>
--	--

DIFICULDADES NA OBTENÇÃO DO C.I

<p>♦ TIPO DE DTE</p> <p>- O DTE NÃO COMPREENDE</p> <p>- ENTENDE</p> <p>- POPULAÇÃO</p>	<p>E106 A primeira dificuldade é a compreensão das coisas.</p> <p>E110 o outro o tipo de interlocutor que temos á nossa frente</p> <p>E110 e que há uma grande variabilidade. Pausa</p> <p>E110 Em terceiro lugar a falta de preparação da nossa população contrariamente ás outras sociedades.</p>
--	---

	<p>E110 Como por ex. a sociedade americana, para aceitar a explicação de tudo o que lhe vai ser feito.</p> <p>E110 E muitas vezes a capacidade de poder saber que tem um tumor e que a probabilidade com este tumor é X, e a de sobreviver é Y a nossa população não está preparada para tal.</p> <p>E112 Esclarecimento do doente ou falta de esclarecimento do doente.</p> <p>E113 os casos psicóticos,</p> <p>E113 do tipo de patologia,</p>
<p>◆ DÇA MALIGNA</p> <p>- FORMA DE INFORMAR</p>	<p>E106 E106 Às vezes há alguma dificuldade quando propomos a um doente para ser operado e o doente tem um doença maligna e hum e para já nós não devemos faltar à verdade,</p> <p>E106 mas também não há necessidade de uma forma fria, seca e bruta.</p>
<p>◆ TERMOS DO C.I</p>	<p>E106 No consentimento informado tem um termo aqui e agora e vai ser operado.</p>
<p>◆ CONTEXTO SOCIO- CULTURAL</p> <p>- INTERNET</p>	<p>E106 Para já muita gente e tendo em conta o contexto social e cultural onde está inserido, basta dizer que tem uma doença que carece de cirurgia, o doente entendeu que vai ser operado. Pausa</p> <p>E106 É obvio que o contexto sócio cultural é, é hum ... pausa</p>

	<p>E106 Nesta matéria fundamental.</p> <p>E108 Muitas vezes a ignorância do doente nos aspectos médicos.</p> <p>E109 A pouca informação e formação que os doentes tem.</p> <p>E109 Muitas vezes a pouca outras vezes a excessiva.</p> <p>E109 Esta coisa da Internet traz complicações e pontos negativos.</p> <p>E109 Às vezes sabem muita coisa, lêem muito e depois ficam baralhados porque se fez aquilo e não isto, não pode Sr!</p> <p>E109 O médico não fez aquele acto que ele viu na Internet, porque não é a pratica ou não pode ou não deve ser feito.</p> <p>E113 quando digo o estrato social é o grau intelectual do doente.</p> <p>E113 Para já o nível cultural,</p> <p>E113 do tipo social que não aceitam.</p> <p>E113 A primeira é, é um pouco feio, mas é o estrato social do doente,</p> <p>E117 Basicamente aquelas que disse à pouco, o grau de educação do doente.</p> <p>E118 A cultura do doente, fundamentalmente. Pausa</p>
--	---

	<p>E118 A cultura da população, porque muitas vezes, quando se pede o consentimento informado para uma colonoscopia, eles pensam que correm logo riscos e por isso é que se lhes estão a pedir que assinem.</p> <p>E118 Acham que o médico é que tem que saber tudo.</p> <p>E118 Acho que é cultural.</p> <p>E119 O baixo nível cultural da nossa população</p> <p>E119 que leva que as pessoas não compreendam o texto,</p> <p>E119 ou a explicação que às vezes pode ser complicada.</p>
◆ GESTO CIRURGICO	<p>E106 O gesto cirúrgico, só o risco, o que está ali em jogo é o risco cirúrgico ... hum ... não é a doença por si. Porque é só mais tarde que dá a regressão.</p>
◆ INFORMAÇÃO AO DTE	<p>E106 Se o doente ficar satisfeito não precisamos de explicar tudo.</p> <p>E106 Não podemos faltar à verdade, no sentido que é uma coisa sem importância nenhuma,</p> <p>E106 mas talvez para muitos doentes.</p> <p>E106 Se eles não fazem mais questões, deixar somente subjacente a ideia que é necessário</p>

	<p>intervenção por uma razão que, por uma doença que existe naquele órgão, cuja terapêutica é cirúrgica.</p> <p>E106 Se ele fica satisfeito com esta explicação , com o gesto. Pausa</p> <p>E106 Depois temos que explicar o gesto, a cirurgia, implica uma anestesia, a recessão de um órgão, de todos os riscos, etc., etc.</p> <p>E106 e depois podemos explicar os riscos da própria intervenção cirúrgica e escusa de falar da doença em si.</p> <p>E106 Da forma mais clara possível, há medida que for necessário ... hum ... pausa</p> <p>E109 A pouca informação e formação ... hum ... Pausa</p> <p>E109 O médico sabe o que vai fazer e o doente se tem dúvidas esclarece.</p> <p>E110 Exactamente arranjar estratégias para explicar ao doente,</p> <p>E110 Explicar ao doente, mas mais do que isso, o risco de omitir as coisas.</p> <p>E110 Se o doente não tiver um grau de entendimento daquilo que lhe estão a explicar.</p> <p>E110 Por isso tem que se arranjar formas para explicar de forma adequada ao nível do doente.</p> <p>E111 Os doentes por muito bem informados que estejam não percebem.</p>
--	--

	<p>E115 O consentimento informado se for como lhe disse consentimento informado bem explicado e pedindo apoio à família, não há problemas.</p> <p>E115 Caso contrario pode assustar o doente.</p> <p>E115 O doente pode achar a situação perigosa, se não for bem explicado, pode ficar receoso, ansioso e ver riscos que na realidade não existem.</p> <p>E120 Eu divido em duas partes: a informação e o consentimento.</p>
♦ NÃO HÁ DIFICULDADE	<p>E107 Nenhumas.</p> <p>E107 Já ultrapassei as barreiras do hábito de não fazer isso.</p> <p>E115 Não tenho encontrado muitas.</p> <p>E116 Eu pessoalmente não tenho tido grandes dificuldades nisso.</p> <p>E116 De resto não tenho de maneira nenhuma dificuldades.</p>
♦ RECUSA	<p>E106 A não ser que nós sentimos que o doente recusa... hum ...</p> <p>E106 a recusa implica que o doente esteja perfeitamente consciente daquilo que vai ser feito.</p> <p>E106 Se o doente se recusar nós devemos prolongar a explicação até ao máximo possível,</p>

	<p>porque sabemos que ele em que ser operado, tem que, que ser operado... hum...</p> <p>E106 raramente acontece porque se não for operado daqui a uns tempos nem precisa de ser operado.</p> <p>E106 Isto pode chegar a esse momento, mas é raro que isto chegue, mas às vezes chega. Pausa</p> <p>E106 O doente não aceitar. Pausa</p> <p>E106 Uma recusa, quando sentimos que não fomos perfeitamente explícitos, não explicamos bem.</p>
♦ URGÊNCIA	E108 E sobre a urgência ou não de os fazer, são estas as principais dificuldades.
♦ COMPLICADO	E109 É complicado!
♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DTE	<p>E109 Por isso deve ser entre as duas partes interessadas, o médico e o doente.</p> <p>E110 Tem que haver uma boa relação entre o interlocutor e o doente, senão não vai haver uma boa informação.</p> <p>E111 Os médicos enganam</p> <p>E111 e não são honestos para com os doentes.</p> <p>E111 Não falam da sua taxa de insucessos,</p>

	<p>E11 escondem do doente e dos colegas.</p> <p>E111 Isto tudo passa por uma relação médico doente baseada na honestidade do médico</p> <p>E120 As dificuldades podem estar do lado de quem informa e do lado de quem consente.</p> <p>E120 Da parte que nos toca o médico.... Pausa</p> <p>E120 Há três hipóteses que são ou há a Americana em que se diz tudo à bruta ou a maneira de maior prudência limitar as coisas informando.</p> <p>E120 E uma terceira que se dá a informação à medida da pessoa de modo a que se permita,</p> <p>E120 a que o doente tenha uma ideia mais aproximada do real,</p> <p>E120 com uma abordagem dos meios técnicos daquilo que se passa, para não defraudar o que vem a seguir.</p> <p>E120 Afinal têm que perceber a situação que vai surgir com uma, com termos, uma abordagem que lhe permita perceber.</p> <p>E120 Até porque a informação excessivamente técnica, não leva a nada, confunde.</p> <p>E120 E porque até o doente pode ter a sensação que o estão a enganar.</p> <p>E120 Como é um processo continuo,</p>
--	--

	<p>E120 implica este consentimento informado com um acompanhamento,</p> <p>E120 que vão surgir dúvidas, perguntas que na altura o doente não levantou.</p> <p>E120 Porque não tinha o espírito tranquilo para o fazer.</p>
♦ PARTE ECONOMICISTA	<p>E110 perante as actuais disponibilidades, rentabilização, contabilização, perante um procedimento que não é rentável.</p> <p>E110 Numa sociedade em que todos s procedimentos e tempo contam muito em dinheiro</p>
♦ TEMPO	<p>E110Eu acho que há dois problemas. Pausa</p> <p>E110 Um a nossa disponibilidade de tempo,</p>
♦ NÃO INF MÉDICA	<p>E111 Os médicos não informam. Pausa</p>
♦ NÃO SER HABITUAL C.I	<p>E112 E o facto de não ser muito habitual, faz com que hum... Pausa</p> <p>E112 Muitas vezes se transforme quando há este consentimento informado, um doente fica com alguns temores.</p> <p>E112 Por isso mesmo por não ser habitual.</p> <p>E119 E por outro lado a falta de hábito de haver o consentimento informado,</p>

	<p>E119 leva as pessoas a assustarem-se</p> <p>E119 e acharem se nos pedem para assinar isto pode ser mau. E então não quero sujeitar-me à cirurgia.</p>
♦ REAÇÃO À INFOS DTES	<p>E113 E muitas vezes as enfermeiras porque estão mais em contacto com o doente eles reagem mal.</p> <p>E113 Eu acho que os doentes hoje estão mais agressivos que antigamente.</p> <p>E113 Há doentes muito difíceis,</p> <p>E113 tem que se explicar muito devagarinho, de forma muito mastigada, o que se pretende.</p> <p>E113 Porque como se sabe há doentes que aceitam mal determinado tipo de doença.</p>
♦ O DTE ENTENDE COMO DESRESPONSABILIZAÇÃO MÉDICA	<p>E114 A dificuldade que eu encontro é o ... hum ... Pausa</p> <p>O doente achar que nos estamos a dividir a responsabilidade com eles, é isso!</p> <p>E114 Achar que como estamos a dividir a responsabilidade com ele, reage mal.</p> <p>E114 É esse de facto.</p> <p>E118 E quando pedem o consentimento informado é porque o médico tem dúvidas e não sabe o</p>

	que vai fazer.
♦ C.I NA INVESTIGAÇÃO	E116 Tenho tido algumas dificuldades na investigação em que tenho que retirar liquor por ex. e não há vantagem para o doente..
♦ LEGAL	E120 Este é um processo que ultrapassa uma mera formalidade, legais.

INF N1 DIAGNÓSTICO GRAVE

<p>♦ DÚVIDA</p>	<p>E106 Normalmente fico muito ... hum... Pausa</p> <p>E106 Fico muito ... hum ... pausa</p> <p>E111 Que tipo de importância tem essa informação para o doente?</p> <p>E120 Que tipo de informação?</p>
<p>♦ DEPENDE DO DTE</p>	<p>E106 Toca-se a música à vontade do dono.</p> <p>E106 Da minha experiência, as pessoas não querem,</p> <p>E106 não fazem muitas questões,</p> <p>E106 Os doentes não fazem muitas questões,</p> <p>E106 a grande maioria aceita, não faz perguntas.</p> <p>E106 Mas quando a gente sente que o doente põe questões com sensatez, nós temos que a pouco e pouco ir</p>

	<p>explicando o que se passa.</p> <p>E106 E só se chega a esse extremo, se as pessoas estiverem a fazer perguntas muito objectivas.</p> <p>E106 E às vezes há a necessidade de dizer de uma forma clara,</p> <p>E106 o que irá acontecer e como as coisas vão acontecer e as que não tem solução nenhuma.</p> <p>E111 Pode parecer mal o que lhe vou dizer, mas é assim!</p> <p>E111 Depende do tipo de doente que nós temos á nossa frente.</p> <p>E111 Se é ou não importante,</p> <p>E111 se tem grandes encargos sobre ele.</p> <p>E111 Ele tem que ter tempo para resolver os negócios, resolver a sua vida, a sua família.</p> <p>E111 Depende da relação médico/ doente,</p> <p>E111 mas sobretudo do tipo de doente que temos á nossa frente.</p> <p>E111 E temos que ser honestos para com os doentes que tem encargos, isso sim!</p> <p>E112 Depende do tipo de doente.</p> <p>E112 Depende do tipo de doente, há aquele que não querem saber ... hum Pausa</p> <p>E112 Por outro lado, há efectivamente outros doentes que vivem sozinhos,</p>
--	--

	<p>E112 outros que tem uma responsabilidade social, que tem que saber o que tem. E são estes os que normalmente perguntam.</p> <p>E114 Há doentes que não querem saber de mais nada.</p> <p>E114 E há doentes que fazem perguntas até à exaustão.</p> <p>E116 tendo em conta a personalidade do doente e ir tão longe quanto o doente quiser.</p> <p>E120 É muito difícil isto, é aquela terceira posição intermédia de caso a acaso, para preparar mais tarde.</p> <p>E120 Não esquecendo a esperança.</p>
♦ FAMILIA	<p>E106 quem faz mais questões é a família.</p> <p>E109 Primeiro falo com a família por norma,</p> <p>E109 se tem família, para saber do ponto de vista pessoal como a pessoa reage.</p> <p>E109 estas doenças mais quem tem que os aturar é a família.</p> <p>E109 Eu costumo falar com a família para avaliar o enquadramento dele e depois tem que se dizer a ele.</p> <p>E111 Temos que sobretudo informar a família,</p> <p>E111 esta deve saber de tudo,</p> <p>E111 a verdade do que se está a passar, essa sim!</p>

	<p>E111 Podemos escolher um familiar e a esse informar de tudo.</p> <p>E113 e falar com a família.</p> <p>E115 dou sim à família.</p>
♦ PROBLEMA COMPLEXO	E106 Isto é um problema complexo, porque exige muito. Pausa
♦ TEMPO DE CONSULTA	<p>E106 Quer dizer não faz sentido e é desumano e nos tempos que são dados para a consulta, dizer em 5 minutos que o doente têm o tumor maligno.</p> <p>E106 O Sr. vai morrer isto não tem cura nenhuma. Isto não é algo que se possa dizer em 10 minutos de consulta.</p> <p>E106 Mas exige muito mais tempo, consumo, contacto, é mais ... hum ... pausa</p> <p>E106 Tem que se dizer com alguma calma, com tranquilidade, exige tempo,</p> <p>E106 tempo.</p>
♦ FORMA DE INFORMAR	<p>E107 Sem ser. Pausa</p> <p>Sem ser demasiado cruel,</p> <p>E108 Dou normalmente.</p> <p>E110 Sem lhes criar.... hum ... Pausa</p>

	<p>E110 Sem lhes dizer que a situação é, é sem solução.</p> <p>E110 Nunca direi a um doente o Sr vai morrer.</p> <p>E110 Tento-lhes explicar as possibilidades que o doente tem se ser menos grave.</p> <p>E111 Eu nunca tiro a esperança,</p> <p>E111 digo a verdade de forma a não retirar a esperança.</p> <p>E111 Mas olhe nunca digo o Sr só tem dois dias de vida, digo-lhe olhe pode ter complicações grandes na ordem dos 90%, e pode morrer,</p> <p>E111 é dito de uma forma mais ou menos, se é que é possível.</p> <p>E111 Noutros casos engana-se o doente,</p> <p>E111 eles querem ser enganados e nós entramos nesse jogo,</p> <p>E111 num jogo de esconde/ esconde.</p> <p>E111 É mau, mas é assim!</p> <p>E111 É assim!</p> <p>E114 Eu quando tenho um doente com um diagnóstico grave a primeira informação que dou é vaga, ligeira.</p> <p>E114 Quando tem um neo do pulmão, não digo que tem um cancro, digo que tem um problema grave no pulmão</p>
--	---

	<p>e que vai ser tomadas medidas terapêuticas.</p> <p>E114 E depois deixo que o doente tome a iniciativa para fazer perguntas.</p> <p>E115 Eu nunca ... hum ... Pausa</p> <p>Eu ao doente nunca lhe dou a nua e crua informação,</p> <p>E115 Ao doente mostro-lhe sempre uma luz ao fundo do túnel, dou-lhe esperança.</p> <p>E116 Tento dar a dimensão sem drama da situação. Pausa</p> <p>E116 Eu acho que devo informar com cuidado,</p> <p>E117 A tradição dos países latinos e em Portugal está incluído não ser perfeitamente claro e científico.</p> <p>E117 Que seja sugestiva mas não alarmante.</p> <p>E117 Nos países anglo- saxonicos onde a tradição, a tradição é mais normal, dar uma informação clara, precisa e fria.</p> <p>E117 Entre nós, não é norma.</p> <p>E117 Dá-se uma informação suficiente, mas não aguçada.</p> <p>E118 Digo o diagnóstico sem tirar a esperança.</p> <p>E119 Digo-lhes que não é uma situação linear, que implica cuidados,</p>
--	---

	<p>E119 não vou ao pormenor do diagnóstico ou prognóstico ou das consequências.</p> <p>E120 A informação deve ser o mais próximo da realidade,</p> <p>E120 numa perspectiva positiva,</p>
<p>♦ INFORMAÇÃO</p> <p>- VERDADE</p>	<p>E107 dou toda a informação,</p> <p>E107 a informação praticamente toda.</p> <p>E107 Mesmo tratando-se de neoplasias, eu tento explicar o que se passa.</p> <p>E108 Nos outros normalmente digo a verdade.</p> <p>E108 Naqueles doentes que têm dificuldades psiquiátricas ou dificuldades outras não dou.</p> <p>E109 Tem que se dizer ao doente.</p> <p>E109 Pode trazer várias gravidades a maior prende-se com a morte,</p> <p>E109 outras vezes com a mobilidade, com as chatices que pode dar.</p> <p>E109 Porque não é fácil quando uma pessoa tem um cancro, tem que se dizer que faça quimio ou radio.</p> <p>E109 Mas há outros tipos de doença que são mais fáceis: AVC,</p> <p>E112 É sempre bom que o doente vá sabendo alguma coisa, até porque há alguns sacrifícios entre aspas.</p> <p>E112 São muito mais bem aceites se tiverem esclarecidos.</p>

	<p>E113 Enquanto à vida há esperança.</p> <p>E113 Faço uma ressalva, há doentes que nós não temos o direito de omitir isso.</p> <p>E113 A sua vida privada necessita de saber,</p> <p>E113 estar a falar de certas pessoas que até pode ser uma catástrofe para certas famílias.</p> <p>E113 Na maior parte das vezes deve ser dito devagarinho e com grande ponderação</p> <p>E113 Portanto nas situações muito graves, diagnósticos fechados, não sou partidário que se diga ao doente</p> <p>E119 não lhes digo o diagnóstico,</p>
♦ REACÇÃO À INF	<p>E109 Não têm estofo para aguentar aquilo</p> <p>E112 E há outros que felizmente ou infelizmente negam até ao final da vida o diagnóstico.</p>
♦ DECISÃO DO DTE	<p>E110 Dou-lhes a informação que lhes permita decidir sobre a técnica.</p>
♦ CASO CLÍNICO	<p>E111 Eu lembro-me de um doente que tinha um neo do estômago com metastases hepáticas. Mas não lhe foi dito totalmente a verdade. Quando falei abertamente e lhe respondi às suas perguntas, conseguiu pela primeira vez dormir. Pausa</p> <p>Até me dizia olhe já tenho mais um nódulo, mas estou descansado, já estou descansado. E morreu em paz.</p>
♦ RELAÇÃO MÉDICO/	<p>E112 É bom que a gente tenha um diagnóstico grave a um doente que a gente já o conhece bem. Porque ... hum</p>

DTE	<p>E112 Isso é o ideal, não é?</p> <p>E112 Se a gente conhece o doente,</p> <p>E112 a gente sabe o que o doente quer saber.</p> <p>E116 Porque para já tenho medo de não ter a colaboração deles quer no tratamento quer na cirurgia.</p> <p>E116 É importante a dissecação do problema para a aceitarem o número de tratamentos e de consultas.</p> <p>E116 Para isso é importante eu dar-lhe toda a informação, porque se não lhes der por via da Internet eles vão saber.</p> <p>E116 E perdem a confiança em mim e não vem mais</p> <p>E120 para ganhar a colaboração e bom estado de espirito a seguir.</p> <p>E120 São os dois parâmetros que condicionam caso a caso.</p> <p>E120 O que é uma coisa que é real ter a colaboração do doente, vontade de ultrapassar o obstáculo e ter esperança no resultado.</p> <p>E120 Sem criar falsas expectativas.</p>
♦ OS DTES NÃO QUEREM SER INF	<p>E113 Vou-lhe dizer a minha opinião pessoal, eu acho sinceramente que os doentes embora digam sim, não gostam de saber o que têm.</p>

	<p>E113 Isto quando os prognósticos são muito fechados.</p> <p>E113 Acho que sim, mas não querem saber.</p> <p>E113 Ninguém aceita isto, embora muita gente diga que sim.</p>
<p>♦ OS MÉDICOS NÃO GOSTAM DE INF EM CASOS GRAVES</p>	<p>E113 Eu acho que ninguém gosta de chegar a um doente e dizer-lhe: olhe você tem uma neoplasia e vai morrer daqui a um mês.</p>

RELAÇÃO ENTRE A P.C E O C.I

<p>♦ SIM</p>	<p>E106 É, acho que sim, quer dizer ... hum ... Pausa</p> <p>E106 Há uma relação clara entre a qualidade e o consentimento informado.</p> <p>E106 Isso é indiscutível.</p> <p>E107 Relação directa, não quer dizer ... hum ... Pausa</p> <p>E108 Acho que sim.</p> <p>E109 Eu acho que traz melhoria da qualidade na assistência.</p> <p>E110 Acho, acho que ... hum ... Pausa</p> <p>E110 Um dos parâmetros de qualidade é o consentimento informado ao doente.</p> <p>E112 O consentimento informado melhora a qualidade quer da prática quer do serviço.</p> <p>E113 Acho,</p> <p>E113 acho.</p>
--------------	---

	<p>E116 Melhora a qualidade claramente.</p> <p>E119 Sim.</p> <p>E120 Tem.</p> <p>E120 Tem relação, por isto. Pausa</p>
<p>♦ RELAÇÃO MÉDICO/ DTE</p> <p>- RESPEITO PELA PESSOA HUMANA</p>	<p>E106 A medicina não é apenas o exercício de qualquer gesto técnico,</p> <p>E106 de um diagnóstico brilhante, de uma terapêutica adequada médica ou cirúrgica.</p> <p>E106 De uma utilização de uma técnica mais ou menos sofisticada, mais ou menos habilidosa.</p> <p>E106 É uma relação entre duas pessoas,</p> <p>E106 uma relação pessoal</p> <p>E106 e que tem sempre uma dimensão própria</p> <p>E106 e portanto a pessoa como ser humano tem, deve ter o nosso respeito e ... hum... Pausa</p> <p>E106 Lembro-me que nos primórdios quando comecei, o médico era uma pessoa autoritária e que dizia faça assim, faça assado e pouco mais explicava.</p> <p>E106 Mas mais na minha geração muito rapidamente, no principio sentimos a necessidade de explicar às pessoas</p> <p>E106 e considerá-las como pessoa e não apenas como doentes, que procuravam uma solução terapêutica.</p>

	<p>E106 Quando a gente, olha para as pessoas como pessoas que estão doentes</p> <p>E106 e não precisam disto ou daquilo</p> <p>E106 há a necessidade de explicar, dizer dos riscos e benefícios.</p> <p>E108 Tem que haver uma harmonia entre quem executa o acto cirúrgico, o acto terapêutico sobre o qual vai ser exercido.</p> <p>E109 Eu acho, que para haver informação traz uma melhoria na qualidade, na relação entre o médico e o doente.</p> <p>E110 É preciso explicar, tem a ver com a relação médico/ doente.</p> <p>E111 se o doente tem confiança no médico, nem vai falar no consentimento informado,</p> <p>E111 diz faça como melhor entender.</p> <p>E114 Acho que há uma relação pequena,</p> <p>E114 acho que o consentimento informado tem alguma relação com a qualidade, na medida que o doente é tratado de uma forma personalizada.</p> <p>E119 Precisamente pelo facto do doente quando se sujeita a determinados procedimentos, vem mais tranquilo.</p> <p>E119 Para o médico também têm outra tranquilidade, porque está a lidar com alguém que já tem conhecimento do contexto em que se vai desenrolar.</p>
--	---

	<p>E120 Com o factor técnico e de relacionamento.</p> <p>E120 O factor de relacionamento liga-se com o consentimento informado, é pressuposto o continuum consentimento informado.</p>
♦ INFORMAR O DTE	<p>E107 Não concebo uma prática clínica em que as pessoas não saibam o que se está a fazer.</p> <p>E107 Estamos a falar de situações de rotina, é um dos itens da qualidade do serviço prestado.</p> <p>E110 somos sim as pessoas que em determinadas áreas sabemos mais do que as outras pessoas.</p> <p>E110 Explicar estes nossos conhecimentos às pessoas,</p> <p>E110 Eu tenho que lhe explicar o risco de romper e morrer é este, o risco de ficar impotente é este.</p> <p>E116 É obvio se a pessoa tiver que esclarecer o doente é um assunto mais estudado, não vai às cegas, não é experimentar chamemo-lhe assim.</p> <p>E116 Vai ter que explicar o que vai fazer.</p>
♦ C.I EXTENÇÃO DA PRÁTICA MÉDICA	<p>E106 Em certas circunstancias pode ... hum ... em certas circunstancias estamos mais complexos e, e o consentimento informado não é mais que uma extensão da prática médica.</p> <p>E106 Porque muito antes de haver, de surgir esta, esta, hum ... necessidade... hum... pausa</p> <p>E106 Isto no fundo era, era os primórdios do consentimento informado, que,</p>

	<p>E106 que surge muito depois muito mais tarde e agora é norma.</p> <p>E113 Quanto melhor for a prática clínica, melhor será o consentimento informado.</p>
♦ CASO CLÍNICO	<p>E110 por ex. uma cirurgia a um aneurisma da aorta num homem de 50 anos tem o risco de 1 a 3% de impotência. Eu acho que um homem de 50 anos deve saber que tem a possibilidade de ficar impotente de 1 a 3% e tem o direito a optar.</p>
♦ TEMPO	<p>E110 Mas isto implica tempo nesta relação médico/ doente.</p> <p>E110 Na actual sociedade e com as actuais pressões económicas, não há tempo a, há uma despersonalização.</p> <p>E110 O doente muitas vezes é visto por um médico e tratado por outro.</p> <p>E110 Há uma despersonalização, porque há falta de tempo para o doente poder aceitar em consciência e com tranquilidade e calma.</p>
♦ SITUAÇÕES Q NÃO É NECESSÁRIO O C.I	<p>E107 Há situações graves, agudas em que o consentimento informado não é obtido.</p> <p>E117 O consentimento informado versus qualidade, um coisa não passa pela outra.</p>
♦ DECISÃO OU	<p>E110 Nós não somos donos dos doentes,</p>

ESCOLHA DO DTE	<p>E110 não somos donos da vontade do doente,</p> <p>E110 Ele tem o direito de escolher.</p> <p>E120 Porque a prática clínica implica uma participação do doente nas decisão</p> <p>E120 e implica uma qualidade dos actos clínicos prestados.</p>
♦ NÃO	<p>E111 Não,</p> <p>E112 Hum, não obrigatoriamente.</p> <p>E112 Um critério de qualidade num serviço não pode ser a prática do consentimento informado, é muito mais abrangente.</p> <p>E115 Não</p> <p>E115 porque a qualidade na prática clínica não tem a ver necessariamente com o consentimento informado. Pausa</p> <p>E115 Há muita qualidade na pratica clínica que não necessita de forma alguma do consentimento informado do doente.</p> <p>E117 Não</p> <p>E117 acho que não.</p> <p>E118 Não necessariamente.</p>

	<p>E118 Porque não acho que exista relação,</p> <p>E118 pode haver qualidade clínica sem consentimento informado.</p>
♦ PROTEÇÃO LEGAL	<p>E114 Mas o consentimento informado é visto pela grande parte como protecção legal para o médico, que executa o exame, aí tem um papel menor na qualidade.</p> <p>E116 Eu penso que a nossa perspectiva em relação ao consentimento informado é mais protecção, do que propriamente a maior qualidade.</p> <p>E116 Enfim é tão protectivo para os dois lados.</p>
♦ O C.I SEMPRE EXISTIU	<p>E117 Têm-se a noção que o consentimento informado é uma, uma ideia nova.</p> <p>E117 É nova no sentido de ser expressa,</p> <p>E117 de ter alguma importância médico – legal, mas sempre existiu.</p> <p>E117 Desde que a relação médico/ doente existe,</p> <p>E117 existem informações do que se fazia.</p> <p>E117 Nunca houve uma aceitação cega. Pausa</p>

C.I CONTRIBUI PARA A HUMANIZAÇÃO DA P.C

♦ SIM	<p>E106 Claro,</p> <p>E106 claro.</p> <p>E108 Acho que sim. Pausa</p> <p>E109 Sim, porque vamos lá ver.</p> <p>E109 Eu acho que é assim.</p> <p>E109 Eu acho que é assim,</p> <p>E110 Completamente.</p> <p>E112 Se for alguém , por alguém experiente e por uma equipa experiente, sim!</p> <p>E113 Acho,</p> <p>E113 acho.</p> <p>E113 Em tudo!</p>
-------	---

	<p>E113 O consentimento informado é melhor para o doente.</p> <p>E113 Por isso o consentimento informado é muito mais.</p> <p>E116 portanto acho que sim.</p> <p>E117 Acho que sim.</p> <p>E118 Acho que sim.</p> <p>E118 Claro que sim.</p>
<p>♦ DECISÃO MÉDICA</p> <p>- NÃO PARTILHA DE DECISÕES</p>	<p>E106 Somente aqui não concordo nada e já o disse antes com a ideia que o doente partilhe,</p> <p>E106 o doente não partilha nada!</p> <p>E106 É informado da decisão,</p> <p>E106 tenta compreender a decisão,</p> <p>E106 tem que aceitar a decisão,</p> <p>E106 tem que assumir a decisão de forma compreensível consentimento informado.</p> <p>E106 Mas a decisão é médica,</p> <p>E106 não há cá uma escolha, entre, entre, entre, entre várias opções.</p> <p>E106 Às vezes acontece, mas somos nós que, que deve ser suficientemente médico para depois optar.</p>

	<p>E106 Mais diversas para determinados problemas algumas das quais são mais violentas do que outras e nós podemos ver uma solução e podemos explicar isto poderia ser assim mas no seu estado, isto seja suficiente.</p> <p>E106 Mas somos nós que decidimos, explicando claramente as coisas, é mais fácil.</p> <p>E106 Deixando ... hum ... olhe há outra hipótese, mas por isto por aquilo não é adequado.</p> <p>E106 Também com esta conversa o doente podemos fazer, mudar um pouco a nossa decisão. Pausa</p> <p>E106 Mas é muito excepcional ... hum Pausa</p> <p>E106 Mas é muito excepcional!</p> <p>E120 E o médico é um instrumento da decisão do doente, família, estado e seguradoras.</p>
♦ ENVOVER O DTE	E106 No sentido de evolver o doente.
♦ HISTÓRIA DE VIDA	E106 Eu lembro-me de pessoas com muita idade, com um tumor neoplasico do recto em que nós sabemos que as condições são más e que o doente, o depende não têm condições para uma abdomino perineal, para uma colostomia e com a radioterapia controlamos a doença. E não tem a violência da cirurgia, da colostomia, em o risco excessivo que aquilo representa, é uma opção que devemos escolher e sugerir.
♦ RELAÇÃO MÉDICO/	E106 O, o, o consentimento informado a humanização do consentimento informado é no fundo, é um conjunto

<p>DTE</p> <p>- ENGANO COM</p> <p>CHARACTER HUMANO</p>	<p>de questões que se levantam com o consentimento informado, hum...</p> <p>E106 o que se põe é que passamos de tratar de um doente para tratar de uma pessoa.</p> <p>E106 Somos obrigados,</p> <p>E106 devemos chamar á atenção que vai passar por isto, isto e isto, vão ter não sei o quê, mas vai ganhar aquele benefício ou minimizar aquele sintoma ou aquele ou outro.</p> <p>E106 Quando só podemos minimizar sintomas isto aproxima-nos mais dos doentes.</p> <p>E107 O consentimento informado em si pode não contribuir hum ... Pausa</p> <p>E107 Mas quando há a preocupação numa unidade de saúde que isso aconteça numa relação médico/doente, significa que há uma grande humanização nos cuidados.</p> <p>E107 isso significa que as pessoas estão preocupadas com a humanização dos cuidados.</p> <p>E108 Pelo menos contribui no aspecto em que há uma relação de verdade entre o médico e o doente</p> <p>E109 Cada médico toma determinadas atitudes em função daquele doente</p> <p>E109 Mas por norma quando o médico propõe, já pensou nele,</p> <p>E109 não é porque o doente pensou noutra coisa que o médico o irá fazer.</p> <p>E109 e portanto se houver alguma reacção que queria fazer perguntas, pode obrigar o médico a repensar a</p>
--	---

	<p>situação,</p> <p>E109 coisas interventivas, portanto pode repensar.</p> <p>E111 Porque é muito dependente da relação médico/ doente.</p> <p>E111 O médico até pode estar enganar o doente com caracter humano.</p> <p>E111 Pode enganar o doente e pode ser um sentimento muito humano em relação ao doente.</p> <p>E113 Se houver na prática, a conversa, a informação, o apoio é mais fácil.</p> <p>E113 Muitas vezes o doente diz não vejo o médico há um mês e ele viu-o á uma semana.</p> <p>E113 O doente sente-se isolado, por isso no sentido de falar com as pessoas, com está, como se sentem.</p> <p>E117 Torna a relação mais humana entre o médico e o doente,</p> <p>E117 mais intima,</p> <p>E117 mais ventilada</p> <p>E117 e isso torna o acto mais humano e menos técnico.</p> <p>E117 Actualmente é que muitos doentes não têm qualquer relação pessoal com o médico, nem em relação à sua própria doença.</p> <p>E117 E isso é grave,</p>
--	--

	<p>117é grave!</p> <p>E118 Porque quando se fala do consentimento informado, já obriga a um dialogo entre o doente e o médico.</p> <p>E118 Há muitos médicos que não falam com os doentes porque é a despachar e consentimento informado poderá ajudar,</p> <p>E118 depende também de quem aplica o consentimento informado.</p> <p>E119 Pode até de alguma forma tornar-se desumano em determinadas situações.</p> <p>E119 Porque como eu lhe digo há situações hum ... para salvaguardar o médico, deve pondera-se sempre muito, deve-se directo e linear no que se diz.</p> <p>E119 E isto pode ser desumano ou cruel para o doente.</p> <p>E119 Por um lado há a vantagem do doente estar informado.</p> <p>E119 A desvantagem é quando se fala friamente e a pessoa não está preparada para a quimioterapia por ex.</p> <p>E119 Uma coisa é o doente saber que vai ser operado e é para ficar melhor.</p> <p>E119 Outra coisa é dizer como se faz na América: « olhe tem cancro».</p> <p>E119 É, pode ser difícil de encarar para o paciente.</p> <p>E120 Como um homem que procura ajuda a outro homem e que o considera como qualificado.</p>
--	---

♦ DÚVIDAS	<p>E107 Quer dizer.</p> <p>E108 Hum ... Pausa</p> <p>E108 Isso é um bocadinho ... hum ... Pausa</p> <p>E115 Não sei se pode contribuir,</p> <p>E115 O consentimento informado é uma moeda de duas faces.</p>
♦ PAPEL	<p>E107 Não quer dizer que os cuidados são mais humanos por se ter obtido o papel ou não.</p> <p>E107 Agora acho quando há essa preocupação hum ... e não é só a assinatura do papel</p> <p>E116 Mas veja eu tenho dois anos de prática em Inglaterra, em que não se espetava uma agulha sem pedir o consentimento informado, sem um papel assinado e portanto estou um pouco mais deformada nesse sentido</p>
♦ TEORIA	<p>E109 Cada um faz o que quer teoricamente.</p> <p>E109 o consentimento informado a nível específico técnico é essencial na boa e humana qualidade clínica</p> <p>E118 Mas não faz sentido só haver humanização com o consentimento informado, mas sim em tudo.</p>
♦ HUMANIZAÇÃO	<p>E110 Humanização</p> <p>E120 Humanização da prática clínica é outra questão. Pausa</p>

	<p>E120 É uma questão que se prende com a qualidade hum ... Pausa</p> <p>E120 É evidente um dos factores importantes quando se fala da humanização, fala-se do falhanço, porque não se tinha que falar desta, se não estivesse lá!</p> <p>E120 É porque se falhou.</p> <p>E120 E porque a pratica clínica não está humanizada.</p> <p>E120 Isto também é desumanizar a medicina.</p> <p>E120 Eu ganhei o prémio Azevedos da humanização da medicina.</p> <p>E120 Quando entre o médico e o doente, interferem terceiros, há desumanização,</p> <p>E120 até o estado é um factor de desumanização, que põe em causa o acto médico.</p> <p>E120 Portanto a humanização é isto tudo!</p>
♦ PERSONALIZAÇÃO	E110 e personalização.
♦ NÃO	<p>E111 Não.</p> <p>E112 Se for entregar o papel e responda a isso ou assine aqui, é evidente que não contribui.</p> <p>E114 Acho que não.</p> <p>E114 Não contribui porque os doentes ... hum ... Pausa</p>

		<p>Porque há uma grande parte dos doentes. Pausa</p> <p>E114 Em termos de humanização não contribui,</p> <p>E119 Não obrigatoriamente.</p>
♦ HOSPITAL HOSTIL	MEIO	<p>E113 Porque quando uma pessoa caí num hospital caí num sitio totalmente estranho.</p> <p>E113 Sobretudo quando é uma situação prevista, o doente vai-se mentalizando para essa situação.</p> <p>E113 Numa situação crónica um doente que viveu 50 anos, quando caí num hospital é o caos.</p> <p>E113 É um choque.</p>
♦ W EM EQUIPA		<p>E113 Se num diagnóstico grave muitas vezes eu falo com a enfermeira e digo-lhe que explique a pouco e pouco o que ele tem.</p>
♦ C.I OBRIGA TRATAR OS DTES TODOS POR IGUAL		<p>E114 O consentimento informado obriga-nos a tratar os doentes todos por igual,</p> <p>E114 não nos deixando tratar os doentes de uma forma habitual paternalista, mas que vai mais ao encontrada necessidade de protecção do doente.</p> <p>E114 porque obriga-nos a tratar todos por igual, e há um grupo de pessoas que não beneficiam com isso</p>
♦ INF AO DTE REACÇÃO		<p>E114 Há outros doentes que pesquisam na net e querem saber tudo, para esses é difícil explicar.</p>

	<p>E114 Ao serem discutidos com ele, detalhados com eles, ficam desconfiados.</p> <p>E114 Mas a grande maioria fica desconfiada.</p> <p>E115 depende da forma como é exposto ao doente a informação.</p> <p>E116 e esclarece mais o doente,</p>
♦ RESPONSABILIZA MAIS O MÉDICO	E116 Responsabiliza mais o médico
♦ DIREITOS DO DTE	<p>E120 Há um ponto a ter em conta, é quando se hipertrofia a vontade do doente.</p> <p>E120 As pessoas tem direitos</p> <p>E120 e defendem os seus direitos, consensuais e imaginários.</p> <p>E120 E a passagem para os imaginários é muito fácil e rápido.</p>
♦ CULTURA	<p>E120 Mas isto tem a ver com muitas coisas, com a educação do médico e do doente.</p> <p>E120 Depois há as circunstancias.</p>

PARTICIPAÇÃO DOS ENFS NA INF E NO C.I

<p>♦ POUCA PARTICIPAÇÃO</p>	<p>E106 Eu acho que tem sido muito pouco ... hum..</p> <p>E106 pelo menos o que eu tenho visto.</p> <p>informado.</p> <p>E106 Nós temos no nosso serviço. Pausa</p>
<p>♦ W EM EQUIPA</p>	<p>E106 Eu no meu hospital há muitos anos coloquei as enfermeiras a fazer consulta e quase que ia sendo excomungado no hospital, não estou nada arrependido.</p> <p>E106 Para elas foi algo, bastante interessante.</p> <p>E106 Ainda hoje fazem alguma actividade de consulta, consulta de enfermagem.</p> <p>E106 E devemos ser os únicos que os fazemos.</p>

	<p>E106 E quando elas desenvolvem esta actividade, elas, fazem tal e qual como o médico.</p> <p>E106 Têm que conhecer todas as questões relacionadas com o consentimento informado,</p> <p>E106 a enfermeira quando faz a consulta já sabe o que vai acontecer a seguir ao doente, que lhe vai ser feito isto ou aquilo, que vai ser operado.</p> <p>E106 E diz vai ao seu médico que lhe vai dizer quando é que é operado</p> <p>E106 e tem capacidade e conhecimentos para poder iniciar, o que se chama o consentimento</p> <p>E106 Agora é mais aceite,</p> <p>E106 fazem consultas em programas muito restritos e específicos,</p> <p>E106 fazem muito bem e melhor que muitos profissionais médicos.</p> <p>E106 Que não entendem daquele assunto</p> <p>E106 e portanto temos a vivência de há muitos anos e elas fazem o consentimento informado, para terapêutica cirúrgica, para certos diagnósticos,</p> <p>E106 no dia a dia e fazem-no melhor que muitos médicos.</p> <p>E106 Ou tão bem ou tão mal como alguns médicos o fazem.</p> <p>E106 Pessoalmente não tenho alguma restrição na cabeça, não tenho qualquer medo.</p>
--	---

	<p>E107 Desde que os enfermeiros estejam informados do que se vai passar e estejam integrados na equipa hum ... Pausa</p> <p>E107 Portanto desde que o enfermeiro, quer dizer ele pode ser maior ou menor consoante o enfermeiro, acho conforme se funcionar em equipa.</p> <p>E108 porque são eles que nos ajudam nos actos terapêuticos.</p> <p>E108 porque nós dizemos que espécie de acto terapêutico é feito, mas quem executa na maior parte dos casos são os enfermeiros. No que respeita EV, per os, pensos.</p> <p>E110 Há uma vertente da enfermagem hum ... Pausa</p> <p>E110 Há duas vertentes: a médica e a da enfermagem.</p> <p>E110 São duas vertentes para o tratamento, só quando o doente está todo informado a que vai ser submetido é que haverá a decisão.</p> <p>E110 O consentimento informado que deve ser elaborado pelas pessoas que estão envolvidas no processo do doente,</p> <p>E110 o enfermeiro deve estar incluído e participar.</p> <p>E112 Num contexto de uma equipa, pode ser o enfermeiro por ex. numa unidade a enfermeira pode</p>
--	--

	<p>explicar ao doente que vai fazer uma coroniografia, dá o papel para perceber, explica.</p> <p>E112 Se forem situações feitas numa unidade ou num serviço ou situações e enfermagem.</p> <p>E114 Quando se toma a decisão o enfermeiro fornece a informação que tem que ser em consonância com a equipa,</p> <p>E114 com todos e nem todos podem dar informações aos doentes, porque para não haver contradição.</p> <p>E114 A informação pode dar o enfermeiro se for, se houver consenso na equipa médica, de saúde e padronizada.</p> <p>E116 Mas quando for cirurgia, exame invasivo deve ter acesso ao médico logo a seguir à enfermeira o ter esclarecido.</p> <p>E116 Numa primeira fase de preparação a enfermeira para o doente depois chegar ao médico e colocar dúvidas</p> <p>E116 Para primeiro ficar mais esclarecido e depois o médico para as últimas perguntas.</p> <p>E118 Dá apoio ao médico, ao estarem os dois em consonância é fundamental.</p>
--	---

<p>♦ ACTO FORMAL</p> <p>- ASSINATURA</p>	<p>E107 Estamos a falar do acto único da cirurgia, mas a preparação dos actos de diagnóstico, até à cirurgia, não, não é possível vir o médico que vai fazer a angiografia pedir a autorização.</p> <p>E107 Portanto é muitas vezes um procedimento institucional e,</p> <p>E107 e estou convencido que em muitas situações não passa de um acto formal,</p> <p>E107 e que tem o valor dos actos formais,</p> <p>E107 é mais uma assinatura num papel.</p> <p>E107 Salvaguarda algumas situações legais, mas não é o essencial no consentimento informado.</p> <p>E116 e assinar o papel.</p>
<p>♦ PREPARAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA O C.I</p>	<p>E107 Nem todos os enfermeiros, nem todos os médicos estão preparados para este tipo de atitude,</p> <p>E107 de estarem preparados para este tipo de mecanismo da instituição doente, relação médico/doente ou o que quer que sejam.</p>
<p>♦ GRANDE IMPORTÂNCIA</p>	<p>E108 Os enfermeiros têm uma grande importância</p> <p>E108 E portanto a sua presença é indispensável,</p>

<p>♦ PARTICIPAÇÃO DO ENF</p> <ul style="list-style-type: none"> - MAIS CONTACTO - EDUCAR - ELO 	<p>E109 quem está permanentemente em contacto com o doente é o enfermeiro.</p> <p>E109 Portanto ele é que ouve aquilo que muitas vezes não dizem ao médico.</p> <p>E109 Inclusive a raiva desejam no enfermeiro.</p> <p>E109 Alguns até estão desprevenidos, não fazem a mais pequena ideia, que tipo de tratamento vão fazer ou que vão fazer.</p> <p>E109 Portanto a pesar de tudo são eles que lá estão e que os vão educar.</p> <p>E109 Se vão fazer uma colonoscopia, se vão fazer com anestesia, riscos da própria cirurgia, o maioria dos riscos dos exames sem anestesia.</p> <p>E109 e é depois o enfermeiro, aqueles que apanham a situação,</p> <p>E109 com quem desabafam e aconselham.</p> <p>E110 O enfermeiro é o elo da terapêutica do doente.</p> <p>E112 Porque é assim o consentimento informado mesmo que não seja muito formal,</p> <p>E112 o enfermeiro têm a prescrição de uma terapêutica EV ou IM, pode fazer o consentimento informado ao doente, embora menos formal.</p> <p>E112 Eu agora vou dar-lhe uma injeção e porquê.</p>
---	---

	<p>E112 A enfermeira pode e deve participar.</p> <p>E113 Acho que devem participar.</p> <p>E113 Os enfermeiros tem mais contacto com o doente nas 24h do que o médico.</p> <p>E114 Na informação, a, a deve ser , se for, se for um enfermeiro que tiver experiência na área em questão.</p> <p>E114 Eu acho que têm um papel muito importante,</p> <p>E114 porque às vezes os doentes confiam mais nos enfermeiros do que em nós médicos.</p> <p>E114 Há sítios como os EUA em que o enfermeiro dá o consentimento informado, mas lá também há pessoas muito especializadas na equipa de saúde, não é como cá.</p> <p>E115 O enfermeiros podem participar no consentimento informado. Pausa</p> <p>E116 Eu penso que será claramente a primeira abordagem se for um acto imediato.</p> <p>E117 Acho que devem ajudar o trabalho do médico.</p> <p>E117 Mas os enfermeiros devem coadjuvar o consentimento informado.</p> <p>E117 Sobretudo com os doentes com um grau cultural mais baixo, por vezes o que parece muito claro para os médicos para os doentes não é e os enfermeiros podem explicar melhor ao doente,</p>
--	--

	<p>aquela informação, o conteúdo.</p> <p>E117 Muitas vezes ficam com dúvidas e não as põem, porque ficam com um certo acanhamento</p> <p>E117 e com maior facilidade põe ao enfermeiro, porque têm uma relação mais próxima.</p> <p>E118 Depende das situações.</p> <p>E118 Em relação às técnicas invasivas é fundamental.</p> <p>E118 Os doentes abrem-se um bocado mais com os enfermeiros, é mais um reforço da informação.</p> <p>E118 E até os doentes percebem melhor a informação dada pelos enfermeiros do que com os médicos.</p> <p>E119 Pode coadjuvar a informação dada pelo médico.</p> <p>E119 Ajudar a esclarecer melhor, no caso do doente ter dúvidas e o médico não ter disponibilidade.</p> <p>E119 na seguinte o doente com dúvidas, o enfermeiro se estiver dentro do assunto pode esclarecê-lo.</p> <p>E119 Pode contribuir.</p> <p>E120 É muito simples no seu âmbito de trabalho,</p> <p>E120 naquilo que lhes diz respeito.</p>
♦ IMPORTANTE	E109 Acho que é muito importante.

<p>♦ HIERAQUIA</p> <p>- MÉDICO</p>	<p>E109 Depois do médico,</p> <p>E109 Quando o médico diz são apanhados desprevenidos</p> <p>E115 O consentimento informado como é da responsabilidade do médico,</p> <p>E115 têm um papel muito importante no consentimento informado ao esclarecer, informar</p> <p>E115 e na relação médico/ doente.</p> <p>E117 O médico deve assumir o consentimento informado.</p> <p>E119 O médico faz a primeira abordagem,</p>
<p>♦ NÃO</p>	<p>E111 Lamento Sr. Enf. Pausa</p> <p>E111 Não!</p>
<p>♦ NÃO PARTICIPAÇÃO</p>	<p>E111 As enfermeiras tem um determinado papel, mas não devem meter-se nisso.</p> <p>E111 Não há nada que dê mais desconfiança do que isso.</p> <p>E111 Eu tenho um ideia muito diferente indicações actuais.</p> <p>E111 Esta ultima que querem que orientem os enfermeiros os diagnósticos e terapêutica, não concordo!</p> <p>E111 Uma enfermeira quer dar orientação terapêutica ou diagnóstico o melhor que tem que fazer é</p>

	<p>tirar o curso de medicina.</p> <p>E111 A maior parte do trabalho das enfermeiras são os cuidados de assistência médica.</p> <p>E111 Devia de haver dois tipos de enfermeiras umas que era pedido o 5º ano do liceu e depois ia para o curso para fazer o trabalho de enfermagem. Pausa</p> <p>E111 E outro o 11ª ano e depois dos 3 anos, onde aprendiam a ser enfermeiras, estas poderiam tirar a especialidade ou iam para a administração para chefiar um grupo de enfermeiras.</p> <p>E111 Não posso aceitar o que aconteceu no meu tempo em que o Galhordas promoveu tudo ao mesmo tempo, as enfermeiras ficaram todas iguais.</p> <p>E111 Eu prefiro um a enfermeira com a 4ª classe, são mais rápidas do que as doutoradas.</p> <p>E111 Daqui a pouco também os homens do lixo tiram um doutoramento!</p> <p>E120 Se não são factores destabilizadores na informação do doente para com o médico.</p> <p>E120 Tenho que dizer que não pode haver na informação no consentimento informado uma mistura tão grande, porque se baralha muitas coisas.</p> <p>E120 O erro da enfermagem em Portugal é brincar aos medicozinhos.</p> <p>E120 Se eles se debruçassem na sua matéria,</p>
--	--

	<p>E120 com metodologia de investigação, tinham todo o direito de entrar num nível superior nas Universidades.</p> <p>E120 Agora não é fazer-se pequenas abordagens do que é dado na Medicina.</p> <p>E120 A enfermagem não tem razão para ser nível superior.</p>
♦ OS DTES NÃO GOSTAM DA DIVISÃO DAS RESPONS	<p>E114 Mas continuo a dizer que há um grupo de doentes que não gostam que se divida a responsabilidade com eles e desconfiam tanto dos enfermeiros como dos médicos.</p> <p>E114 Não pensam que a decisão é deles, dizer que não quer é mais fácil, que a culpa é do médico</p> <p>E114 Há um grupo de doentes que se a informação for dada pelo assistente, ou o enfermeiro não aceita, só pelo cirurgião principal.</p> <p>E114 Às vezes é mau para o enfermeiro, porque não confiam nas outras pessoas.</p> <p>E114 Portanto quando um membro da equipa médica, um assistente, um enfermeiro que não tome a decisão final, não aceitam.</p>
♦ QUEM EXECUTA O ACTO	<p>E114 Cá não deve ser nem pelo enfermeiro nem pelo assistente, mas sim quem faz o acto médico.</p> <p>E114 Em, relação ao consentimento informado, acho que o consentimento informado deve ser obtido</p>

	<p>e realizado pela pessoa que faz o gesto.</p> <p>E114 Nem é pela pessoa mais velha ou com mais experiência é quem executa o acto, o gesto pessoalmente.</p>
♦ INF NOS DTES	<p>E114 Em termos de informação há vantagens dos doentes confiarem mais.</p> <p>E114 Hum! E depois confrontam as várias opiniões da equipa. Pausa</p>